

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA

**A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO
ÂMBITO MUNICIPAL**

1

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de “Doutora em Saúde Pública” sob orientação da Profa. Carmen Fontes Teixeira.

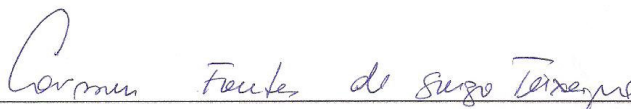
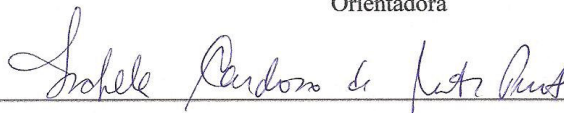
SALVADOR

Março de 2011

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA**A Gestão do SUS no âmbito municipal**

Data de defesa: 29 de março de 2011.

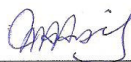
Banca Examinadora:

Profª. Carmen Fontes Teixeira - ISC/UFBA
Orientadora

Profª. Isabela Cardoso de Matos Pinto - ISC/UFBA



Prof. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza - ISC/UFBA



Profª. Marluce Maria Araújo Assis - UEFS



Profª. Maria Lúcia Carnelosso - PUC-Goiás/SES-GO

SALVADOR

Março de 2011

Para minha mãe Vitória

por me ensinar a viver e a enfrentar os desafios,

Ao meu esposo Matheus

pelo amor, companheirismo e paciência,

A Maurício e Tico

por não me deixar esquecer que devemos aproveitar intensamente cada momento,

E, ao meu pai, que sempre se faz presente em minha vida

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que “não me colocou nessa por acaso” e que possibilitou o reconhecimento de que tudo o que conseguimos na vida tem a participação de outras pessoas.

A minha família, meu norte, meu tudo.

A Carmen Teixeira meus agradecimentos pelo entusiasmo, pela vontade de formar sujeitos críticos e pelo dom de transformar as nossas sessões de orientação em aprendizado de vida.

Aos especialistas, pelas contribuições e sugestões cuidadosas.

A todos os gestores e técnicos da Secretaria de Saúde de Feira de Santana pela disponibilidade.

Aos sujeitos entrevistados pela incomensurável participação.

À Djanilson pelo apoio e disponibilidade para a construção do banco de dados.

À Ana Cláudia pelo incentivo.

À amiga Rhanes pela torcida.

À Aline Mota pelos contatos.

A Creuza pela elaboração da ficha catalográfica e dicas de formatação.

Aos meus colegas de Pós-Graduação, em especial: Eliana, Joseneide, Sônia e Cláudio.

Aos funcionários queridos do Instituto: Anunciação, Élia, Marlos, Taís e Antônia.

A todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva.

E às minhas amigas ibicaraienses, itabunenses, feirenses e soterapolitanas, obrigada a todas vocês.

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

ARTIGO 1

GRÁFICO 1: Distribuição do conjunto de documentos selecionados no período 1987-2009.	26
GRÁFICO 2: Distribuição dos trabalhos por tipo de documento, outubro, 2010.	27
GRÁFICO 3: Distribuição dos Trabalhos de Conclusão de Curso, outubro, 2010.	29
GRÁFICO 4: Distribuição dos documentos segundo a presença de fundamentação teórica, outubro, 2010.	29
TABELA 1: Distribuição dos documentos encontrados na base Lilacs por descritor e motivo de exclusão, 1987-2009.	22
TABELA 2: Distribuição dos documentos classificados por Subáreas Temáticas, outubro, 2010.	27
TABELA 3: Distribuição dos artigos selecionados nos periódicos nacionais, outubro, 2010.	28
TABELA 4: Distribuição dos documentos em função do tipo de estudo.	30
TABELA 5: Distribuição dos documentos em função da natureza/abordagem do estudo.	30
TABELA 6: Distribuição dos trabalhos por subáreas temáticas e por períodos e ano de publicação.	41

ARTIGO 2

FIGURA 1: Modelo Teórico para a compreensão do processo de elaboração das Funções Gestoras do SUS no âmbito municipal (FGM/SUS)	77
QUADRO 1: Descrição das Funções Essenciais da Saúde Pública, OPAS, CONASS, 2007	55
QUADRO 2: Funções da gestão municipal do SUS - FGM/SUS, 2010.	61
QUADRO 3: Matriz de análise das propostas para a definição das Funções da Gestão	78

Municipal da Saúde, 2009.

QUADRO 4: Versão preliminar da matriz FGM/SUS. 78

QUADRO 5: Distribuição das FGM/SUS por grupo. 79

ARTIGO 3

QUADRO 1: Matriz de Análise 264

QUADRO 2: Distribuição do quantitativo de deslocamentos realizados para Salvador- 265
Ba, 2008 e 2009.

QUADRO 3: Distribuição do Quantitativo de Profissionais da Saúde e Percentual de 265
acordo com a Cobertura, por Tipo de Equipe, Feira de Santana-Ba, 2007, 2008 e 2009.

TABELA 1: Número de pessoas acompanhadas pela EACS/ESF, por sexo, Feira de 264
Santana-Ba, 2000 - 2009.

TABELA 2: Municípios e população que faz parte da Microrregião de Feira de 264
Santana, Macrorregião Centro-Leste, Bahia, Brasil, 2007.

TABELA 3: Tipo de Agendamentos Realizados pela Central Municipal de Regulação, 266
Feira de Santana- BA, 2007, 2008 e 2009.

TABELA 4: Distribuição do quantitativo por tipo de atividades realizadas pelo Setor 266
de Auditoria, Feira de Santana-Ba, Brasil, 2007, 2008, 2009.

TABELA 5: Número de queixas prestadas por tipo no setor ouvidoria, Feira de 266
Santana-Ba, 2007, 2008, jan-nov. 2009.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AIS: Ações Integradas de Saúde
ANS: Agência Nacional de Saúde
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES: Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST: Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CEO: Centro de Especialidades Odontológicas
CGMR: Colegiado de Gestão Microrregional
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CLS: Conselho Local de Saúde
CMS: Conselho Municipal de Saúde
CNS: Conferência Nacional de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS: Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde
DAMAC: Diretoria de Assistência de Média e Alta Complexidade
DAS: Diretoria de Atenção à Saúde
DECS: Descritores em Ciências da Saúde
DEM: Democratas
DIRES: Diretoria Regional de Saúde
DOFA/FOFA: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas e Ameaças
EACS: Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
EBMSP: Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública
ESF: Equipes de Saúde da Família

ESF: Estratégia de Saúde da Família
EC: Emenda Constitucional
FESP: Função Essencial de Saúde Pública
FGM: Funções da Gestão Municipal
FHC: Fernando Henrique Cardoso
FSA: Feira de Santana
FSP: Faculdade de Saúde Pública
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal
GSS: Gestão de Sistemas de Saúde
GT: Grupo de Trabalho
HGCA: Hospital Geral Clériston Andrade
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ISC: Instituto de Saúde Coletiva
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS: Leis Orgânicas da Saúde
MEC: Ministério da Educação e Cultura
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS/OPS: Organização Pan-Americana de Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCV: Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PES: Planejamento Estratégico Situacional
PET-SAÚDE: Programa de Educação do Trabalho pela Saúde
PG: Pacto de Gestão
PIB: Produto Interno Bruto
PM: Pergunta-mãe
PMS: Plano Municipal de Saúde
PNCTIS: Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PPA: Plano Plurianual

PP&G: Política, Planejamento e Gestão
PPGSC: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PPI: Programação Pactuada Integrada
PRÓ-SAÚDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
PT: Partido dos Trabalhadores
PUC: Pontifícia Universidade Católica
RG: Relatório de Gestão
RH: Recursos Humanos
SADT: Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia
SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB: Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SEGETES: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica
SISNEP: Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa
SISPACTO: Sistema de Informação em Saúde - aplicativo do Pacto pela Saúde
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SNA: Sistema Nacional de Auditoria
SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TCGM: Termo de Compromisso de Gestão Municipal
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UEFS: Universidade Estadual de Feira de Santana
UERJ: Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA: Universidade Federal da Bahia
UFMT: Universidade Federal de Mato Grosso
UFPB: Universidade Federal da Paraíba
UNISC: Universidade de Santa Cruz do Sul
USF: Unidade de Saúde da Família
USP: Universidade de São Paulo
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
ARTIGO 01 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UM ESTUDO REALIZADO EM ESPAÇO WEB (1987-2009)	14
ARTIGO 02 - AUTO-AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	43
MANUAL PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS (FGM/SUS)	96
INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS	99
ARTIGO 03 - A IMPLEMENTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO DO SUS: O CASO DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA, 2007-2010	217

APRESENTAÇÃO

Minhas experiências profissionais no âmbito do sistema e dos serviços de saúde nos últimos anos têm despertado inquietações sobre o processo de gestão municipal da saúde. Esse foi um dos motivos pelo qual elegi esse tema como foco da pesquisa realizada durante o curso de Mestrado em Enfermagem¹, cujo objetivo principal foi caracterizar os agentes da prática de gestão do sistema público de saúde, tomando como “caso”, um sistema municipal, constatando que as funções das instituições gestoras são exercidas em grande parte por profissionais de enfermagem do nível superior.

Um dos aspectos que mais me chamou a atenção durante o desenvolvimento da referida investigação foi constatar que, em função do caráter federativo do sistema público de saúde, a gestão do sistema municipal se exerce num espaço de conflitos de interesses e em meio às relações de poder estabelecidas entre os entes federados, isto é, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Secretaria Municipal de Saúde. Desse modo, pude perceber que o grau de autonomia de que dispõe o gestor municipal para a formulação e implementação de políticas é determinado por uma complexa rede de relações cuja configuração se modifica de um período de gestão para outro e durante o mesmo período de governo.

Outra experiência que eu vivi no âmbito acadêmico e da pesquisa foi no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva², em que desenvolvi uma análise sobre a participação dos gestores no desenvolvimento de políticas de atenção ao adolescente vítima de violência. Tal investigação me permitiu perceber a influência das distintas formações e experiências dos gestores sobre o entendimento e condução das políticas, bem como a importância do compromisso e vontade política para a implantação de propostas de enfrentamento para os problemas de Saúde Pública. Além disso, tal estudo revelou as necessidades de articulações da esfera municipal com o governo estadual e federal, parcerias com organizações governamentais e não-governamentais e o estabelecimento de relações intersetoriais e interinstitucionais para o desenvolvimento de políticas públicas e de saúde.

¹ SOUZA, M. K. B. de. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização**: perspectiva de enfermeiras. 109 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Enfermagem - Organização e Avaliação dos Sistemas de cuidado à Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2007.

² SOUZA, M. K. B. de. **Atenção ao adolescente vítima de violência**: participação de gestores municipais de saúde. 112 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Saúde Coletiva - Políticas e Gestão de Saúde) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-Ba, 2007.

Dando continuidade a minha formação acadêmica, com a inserção no Curso de Doutorado em Saúde Pública, considerei ser esta mais uma grande oportunidade de articular as inquietações da vivência do cotidiano do sistema de saúde com a necessidade de produção dos conhecimentos científicos acerca da problemática da gestão descentralizada do SUS. Mantive, portanto, meu foco sobre o tema, porém, com ênfase nas responsabilidades sanitárias dos agentes do processo de gestão e no desenvolvimento do processo de implementação de políticas voltadas para a gestão, mantendo o foco no âmbito da esfera municipal e buscando apreender a dinâmica e influência das atitudes gestoras sobre a consolidação e sustentação do SUS.

Durante o curso, decidi desenvolver uma investigação sobre o tema, contemplando diferentes perspectivas. Em primeiro lugar, decidi fazer uma revisão bibliográfica sobre Gestão de Sistemas de Saúde a partir das bases LILACS e do Banco de Teses da Capes. O processamento e a análise do material previsto inicialmente para um artigo gerou dois artigos, sendo um desenvolvido a partir da análise de 298 documentos encontrados e selecionados da base LILACS cujos resultados estão aqui apresentados. O segundo artigo constitui-se numa análise de 219 títulos acadêmicos selecionados no Banco de Teses da Capes o qual será desenvolvido posteriormente e contemplará uma análise aprofundada considerando as vertentes teóricas e analíticas utilizadas pelos autores.

Numa segunda perspectiva, a minha pretensão foi elaborar e validar um instrumento de auto-avaliação para uso dos gestores municipais da saúde de modo a permitir a identificação de fragilidades e fortalezas no processo de gestão como meio de (re) direcionar as práticas gestoras com vistas à consolidação do sistema municipal de saúde. Para isso, fiz uma revisão e redefinição do conteúdo do Instrumento de Auto-avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública (OPS, 2002; BRASIL, 2007a), à luz dos princípios e diretrizes do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a) e da reflexão de Noronha e cols. (2005). O processo de construção desse instrumento, que contou com a validação através de uma Conferência de Consenso com especialistas na área, é apresentado aqui como um artigo específico. O instrumento, produto tecnológico desse processo, é apresentado como apêndice, apontando-se que sua aplicação em municípios de diferentes portes pode vir a gerar outro artigo, contendo os resultados do teste na prática, o que permitirá a identificação das dificuldades e facilidades enfrentadas pelos gestores para sua utilização e posterior aperfeiçoamento.

Finalmente, na terceira perspectiva, desenvolvi uma análise sobre o processo de implementação do Pacto de Gestão tomando como “caso” um município do interior do Estado

da Bahia. O desenho desta pesquisa constou de dois objetivos a) descrever o processo de implementação do Pacto de Gestão no município-caso selecionado considerando suas diretrizes-componentes, e, b) analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas no processo de implementação do Pacto de Gestão no mesmo município. A produção e análise dos dados, relativos aos objetivos perseguidos, gerou a elaboração de dois artigos, o primeiro dos quais, apresentado aqui, contém a descrição do processo de implementação dessa política, com base na revisão documental e entrevistas realizadas com informantes-chaves, gestores da Secretaria Municipal de Saúde. O segundo artigo, ainda em processo de elaboração é dedicado especificamente a apresentar a análise das dificuldades e facilidades enfrentadas pelos gestores neste processo, tomando como referência o mapeamento dos atores e a aplicação de uma matriz de análise de viabilidade (matriz DOFA ou FOFA) proposta no âmbito do planejamento situacional (OPS/OMS, 1994).

Pelo exposto, compreende-se que apresento como requisitos parciais para obtenção do título de Doutorado em Saúde Pública no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, três artigos que abordam a temática central dessa tese, sob distintas perspectivas de análise e intervenção.

ARTIGO 01

**PRODUÇÃO CIENTÍFICO-ACADÊMICA SOBRE GESTÃO DE
SISTEMAS DE SAÚDE: UM ESTUDO REALIZADO EM ESPAÇO WEB
(1987-2009)**

SUMÁRIO ARTIGO 01

RESUMO	17
ABSTRACT	18
1 INTRODUÇÃO	19
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO	21
3 RESULTADOS	25
3.1 DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE DE 1987 A 2009	25
3.2 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS POR SUBÁREA TEMÁTICA	26
3.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS SEGUNDO TIPO DE DOCUMENTO	27
3.4 EXPLICITAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS ESTUDOS	29
3.5 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS SEGUNDO ABORDAGEM METODOLÓGICA	30
4 DISCUSSÃO DOS ACHADOS	31
4.1 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS DOCUMENTOS DA ÁREA TEMÁTICA GSS	31

4.2 COMPOSIÇÃO DAS SUBÁREAS TEMÁTICAS DO CONJUNTO DE DOCUMENTOS	33
4.3 CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GSS	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	40
ANEXOS	42

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UM ESTUDO REALIZADO EM ESPAÇO WEB (1987-2009) ³

Mariluce Karla Bomfim de Souza⁴

Carmen Fontes Teixeira⁵

RESUMO

Este estudo tem por objetivo caracterizar a produção científica brasileira/latino-americana no “campo” (BOURDIEU, 2004) da saúde, especificamente sobre gestão de sistemas de saúde tomando como base os trabalhos registrados do LILACS no período 1987 a 2009. Usando os termos “gestão em saúde” e “sistemas de saúde”, identificados em “Descritores em Ciências da Saúde” da BVS/BIREME, foram encontrados 1.544 trabalhos, dos quais foram selecionados 298 (19,3%). A leitura e análise destes resumos privilegiaram a identificação de um conjunto de variáveis processadas com utilização do *software* Epi-Info, tais como: ano de publicação do trabalho; tipo de documento; objeto do estudo; tipo de estudo; fundamentação teórica e abordagem/natureza metodológica. Os resultados apontam uma tendência irregular, porém crescente, do volume da produção na área a partir do ano de 1988, percebendo-se a emergência de estudos e investigações em subáreas cujos temas revelam a influência do processo de construção do SUS nas décadas de 90 e nos anos seguintes. Chama a atenção o fato de que poucos resumos fizeram referência à fundamentação teórica utilizada. Do ponto de vista metodológico observa-se, quando declarados nos resumos, a predominância de estudos descritivos e de abordagem qualitativa.

Palavras-chave: Administração Pública; Sistemas de Saúde; Bibliometria; Internet.

³ Este trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública no ISC/UFBA.

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana-BA) e Mestre em Enfermagem (Universidade Federal da Bahia). marilucejbv@yahoo.com.br

⁵ Médica, Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA e docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. carment@ufba.br

SCIENTIFIC PRODUCTION ON HEALTH SYSTEMS MANAGEMENT: A STUDY CARRIED OUT IN WEB SPACE (1987-2009)

ABSTRACT

The objective of this study is to characterize Brazilian/Latin American scientific production in the “field” (BOURDIEU, 2004) of health and on health systems management specifically, taking work registered on the LILACS databases in the period 1987 to 2009 as a basis. The terms “health management” and “health systems”, identified in the BVS/Bireme “Health Sciences Descriptors” were used, had been found 1.544 works, of which 298 had been selected (19.3%). The reading and analysis of these abstracts favored the identification of a set of processed variable with use of software Epi-Info, such as: year of publication of the work; type of document; object of the study; type of study; theoretical bases and methodological approach/nature. The results indicate an irregular but growing trend in the volume of production in the area from 1988, while noting the emergence of studies and investigations in sub-areas on topics that show the influence of the SUS (Brazilian National Health Service) construction process in the 1990s and following years. This draws attention to the fact that very few abstracts made reference to the theoretical bases used. From a methodological point of view it is observed that when it is declared in abstracts, descriptive studies and a qualitative approach are predominant.

Key-Words: Public administration; Systems of Health; Bibliometrics; Internet.

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva, enquanto campo científico⁶ (RIBEIRO *apud* PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2000), pode ser entendida como o espaço onde se produzem saberes e conhecimentos acerca da saúde e onde operam múltiplas disciplinas sob diversos ângulos. Assim, o campo da Saúde Coletiva é apontado como campo interdisciplinar e não propriamente uma disciplina científica, nem uma ciência ou especialidade médica.

A constituição do campo da Saúde Coletiva remonta à década de 70, no contexto de crítica aos movimentos ideológicos na área de saúde, gerando um processo de produção de conhecimentos e experimentação de práticas que se desdobrou no plano político, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e a emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A expansão dos cursos de pós-graduação e a atuação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fundada em 1979, favoreceram a consolidação desse campo nas décadas de 80 e 90 a partir das contribuições nas áreas de Epidemiologia Social, Políticas e Práticas de Saúde; Planificação em Saúde e Epistemologia e Metodologia em Saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 1998).

A reflexão sobre a dinâmica desse processo de desenvolvimento científico e tecnológico no campo da Saúde Coletiva tem sido feita, levando-se em conta a existência de seus distintos eixos disciplinares, os quais comportam grandes áreas de interseção entre si (AYRES, 2000). De fato, o interesse pela realização de estudos bibliográficos, que contempla o balanço do “estado da arte” em determinadas áreas e subáreas temáticas da Saúde Coletiva vem se tornando freqüente em nosso meio. Especificamente na área de Política, Planejamento & Gestão, embora existam significativas contribuições teóricas (GALLO *et al* 1992; RIVERA, 1995; GALLO, 1995; MERHY, 1997; TESTA, 1992, 1995, 1997), os primeiros estudos sistemáticos remontam a 1996 (TEIXEIRA e SÁ, 1996; NORONHA, 1996) seguindo-se outros, a exemplo de Ayres (2000).

⁶ Para Bourdieu (2004) a noção de campo está para designar o microcosmo, enquanto espaço relativamente autônomo, dotado de leis próprias. “O grau de autonomia do campo depende do seu poder de retradução das forças e das demandas”. Assim, o campo científico conforma-se como um campo de forças e de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças. Para este autor, “o campo científico é um campo social e, como tal, faz imposições, solicitações etc., que são, no entanto, relativamente independentes das pressões do mundo social global que o envolve” (BOURDIEU, 2004, p.21).

Considerando a produção na área de Planificação & Gestão no campo da Saúde Coletiva, Paim (2002) comentava que esta não tinha sido alvo de estudos sistemáticos sobre possíveis objetos, métodos e técnicas, ao contrário do que estava ocorrendo na Epidemiologia. No mesmo ano, entretanto, Levcovitz *et al* (2003) concluíram um extenso trabalho sobre a produção científica nesta área, buscando articular o desenvolvimento da produção teórica com o desenvolvimento de processo de Reforma Sanitária e de construção do Sistema Único de Saúde. Um estudo mais recente, produzido por Paim e Teixeira (2006) sobre o balanço do estado da arte na área de Política, Planejamento & Gestão em Saúde, no período de 1974-2005, apontou a especificidade de produção no campo científico da Saúde Coletiva e chamou a atenção para a necessidade do desenvolvimento de trabalhos históricos e epistemológicos sobre o desenvolvimento das pesquisas nesta área no Brasil.

Nesse sentido, cabe ressaltar a importância de se ampliar e diversificar a análise sobre temas específicos como é o caso da Gestão em Saúde que embora seja recorrente nos debates políticos e objeto de publicações técnicas, tem sido abordado ainda de forma tímida pelos pesquisadores do campo, considerando as mudanças que vem ocorrendo nos sistemas de saúde no contexto latino-americano nas últimas décadas, e especificamente o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e construção do SUS, é relevante nos perguntarmos sobre como o campo científico tem abordado a problemática da Gestão dos Sistemas de Saúde.

De fato, procedendo a um levantamento preliminar não encontramos estudos sobre a produção científica na área de gestão, especificamente sobre a gestão de sistemas de saúde. Daí a relevância de um mapeamento sistemático da produção sobre o tema, buscando analisar as possíveis tendências em termos de quantidade, tipo e abordagens teórico-metodológicas que vem sendo utilizadas pelos diversos autores. Assim, apresentamos como pergunta de pesquisa: Quais as características da produção-científica sobre Gestão de Sistemas de Saúde realizada no Brasil e nos demais países latino-americanos e Caribe?

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é **caracterizar a produção científica brasileira/latino-americana sobre gestão de sistemas de saúde tomando como base os documentos registrados do LILACS⁷ no período 1987 a 2009.**

⁷ A base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) é um produto cooperativo do Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde, coordenado pela BIREME.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Para o mapeamento dos estudos sobre Gestão de Sistemas de Saúde, tomamos como base bibliográfica a Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, que se destaca por disponibilizar via *on-line* a produção científica nas diversas áreas constituindo em uma fonte que permite aos interessados o desenvolvimento de estudos bibliográficos ou bibliométricos. Portanto tal estudo configura-se metodologicamente como uma pesquisa de revisão bibliográfica, a qual, segundo Marconi e Lakatos (2005) abrange toda a bibliografia já tornada pública sobre determinado tema de estudo, desde publicações avulsas até meios de comunicação oral, e inclui as teses. São fontes bibliográficas, os livros, os periódicos (jornais e revistas) e impressos diversos (publicações governamentais, boletins informativos, folhetos) (GIL, 2007, p. 76).

Ainda que a base de dados LILACS não contemple a totalidade da produção bibliográfica, a elegemos intencionalmente por abrigo em seu acervo as principais contribuições das bibliotecas de redes ou sistemas de informação na área, atingindo uma parcela significativa de produções que analisam a gestão de sistemas em saúde.

PRIMEIRO MOMENTO: RASTREAMENTO DE DESCRITORES

Realizamos um estudo preliminar, de natureza exploratória, para a identificação dos descritores a serem utilizados, elegendo a expressão **Gestão de Sistemas de Saúde**, como ponto de partida para a investigação de outros descritores que pudessem ser utilizados para a identificação de referências nesta área temática. No entanto, a consulta ao *site* DeCS⁸ (Descritores em Ciências da Saúde) <http://decs.bvs.br/> apontou que não existia descritor para aquela expressão. Diante da inexistência deste descritor, decidimos desmembrá-lo em dois,

⁸ O DeCS, componente integrador da Biblioteca Virtual em Saúde, foi criado pela Bireme para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas diversas bases de dados. Foi desenvolvido com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas, proporcionando um meio consistente e único para a recuperação da informação independentemente do idioma. Tem por finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação e recuperação da informação, permitindo um diálogo uniforme entre cerca de 600 bibliotecas (DESCRITORES..., 2008).

sendo eles, **gestão em saúde** e **sistemas de saúde**. Segundo o termo gestão em saúde “*compreende atividades de formação, implementação e avaliação de políticas, instituições, programas, projetos e serviços de saúde, bem como a condução, gestão e planejamento de sistemas e serviços de saúde*”, e o termo sistemas de saúde é definido como uma “*rede de serviços cujo objetivo é proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, proteger dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades individuais de saúde e distribuir de forma equitativa o nível de saúde*” (DESCRITORES..., 2008).

SEGUNDO MOMENTO: CONSTRUÇÃO DO BANCO DE DADOS

A partir dos dois descritores utilizados na busca, efetuamos a revisão da produção científica brasileira/latino-americana sobre a Gestão de Sistemas de Saúde, catalogada no portal de bases bibliográficas LILACS. Os documentos⁹ que constituem o universo deste estudo foram identificados, a partir da ferramenta de busca avançada da base de dados, com a utilização de delimitadores de *Assunto* (os descritores selecionados no rastreamento de descritores). Encontramos a partir do termo **gestão em saúde**, 356 títulos e utilizando o termo de busca **sistemas de saúde**, o portal nos apresentou 1188 produções.

Tabela 1: Distribuição dos documentos encontrados na base Lilacs por descritor e motivo de exclusão, 1987-2009.

Descritor	Número de documentos encontrados			
	Gestão em Saúde		Sistemas de Saúde	
	Nº (A)	(%)	Nº(B)	(%)
Total encontrado	356	100	1188	100
Excluídos estudos sem resumos	145	40,7	425	35,8
Excluídos estudos de outras áreas*	160	45	475	40
Total preliminar	51	14,3	288	24,2
Duplicidade	-		41	

Fonte: Base Lilacs, outubro, 2010.

⁹ Texto impresso ou eletrônico passível de ser descrito bibliograficamente. Nesse sentido, um documento pode ser: uma coleção de livros, um livro, o capítulo de um livro, uma tese, uma dissertação, um artigo de periódico, um trabalho apresentado em evento científico, manuais, trabalhos de conclusão de curso,... (adaptado do Guia de seleção de documentos para a base de dados LILACS de agosto de 2008) (GUIA..., 2010).

Do total de títulos encontrados na base LILACS, inicialmente excluímos todos os títulos que não apresentavam os respectivos resumos. Em seguida, procedemos à leitura dos resumos e efetuamos uma primeira classificação dos trabalhos segundo “área temática”¹⁰, tratando de identificar, no conjunto, apenas os estudos que tratam de Gestão de sistemas de saúde no âmbito municipal, estadual ou federal, abordando aspectos relacionados aos processos de descentralização da gestão, democratização da gestão, regionalização dos serviços, regulação, auditoria, controle e avaliação e gestão de recursos financeiros e humanos, excluindo os estudos que abordam aspectos específicos relativos à gerência de serviços de saúde (estabelecimentos). Com esse procedimento, do total de resumos (51) incluídos no grupo “gestão em saúde” (A), e do total de resumos (247, excluídos 41 documentos duplicados) incluídos no grupo “sistemas de saúde” (B), encontramos **A + B = 298** estudos a serem analisados.

TERCEIRO MOMENTO: PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura dos 298 resumos dos documentos selecionados, procedemos uma classificação de acordo com os problemas ou objetos de investigação na área temática, o que nos permitiu categorizá-los segundo subáreas temáticas, a saber: Descentralização (estudos sobre Municipalização, pactos federativos e atuação das comissões intergestoras no processo de descentralização); Democratização da Gestão (abarcam estudos sobre a Participação e o Controle Social no processo de gestão); Regionalização dos serviços (estudos sobre a Regionalização dos serviços, a organização da assistência e do acesso, a gestão de redes e mecanismos de gestão como os consórcios intermunicipais); Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (incluem os estudos sobre a Gestão de Recursos Humanos e Educação Permanente em Saúde); Financiamento (estudos sobre Gestão de Recursos Financeiros e custos do sistema de saúde); e, Outros (estudos sobre modelos de gestão, dispositivos de gestão, gestão sanitária, gestão estratégica, percepção sobre a gestão de sistemas, estilos de gestão e informações para a qualificação da gestão).

¹⁰ Tipologia proposta por Paim e Teixeira (2006), que especifica os estudos que abordam aspectos relativos à gestão e organização de sistemas de saúde, diferenciando-os dos que abordam políticas de saúde, financiamento, recursos humanos, informação, em saúde, controle social, etc.¹⁰ (ver ANEXO A).

Adotamos como *categorias de análise* para a classificação dos resumos selecionados, as seguintes:

- **Ano de Publicação:** considerando a produção científica no período entre 1987 e 2009.
- **Tipo do Documento:** considerando os distintos veículos de divulgação científica na área, tais como: Artigos em Periódicos – Classificados como artigos originais, de revisão, comentários ou editoriais. Ademais, procedeu-se a identificação do título dos periódicos nacionais selecionados. Trabalhos de Conclusão de Curso – Foram considerados os trabalhos produzidos em cursos de Especialização, Mestrado, Doutorado e de Livre-Docência. Trabalhos apresentados em eventos científicos – envolvendo os trabalhos apresentados em seminários, conferências, reuniões e congressos. Livros ou Capítulos de Livros – quando disponíveis foram considerados como registros bibliográficos independentes. Manuais, Guias, Informes – veículos de difusão de informações de Ministérios ou Secretarias de Estado, com o intuito de estabelecer diretrizes sobre procedimentos e condutas frente a situações específicas. Relatórios Técnico-Científicos – Documentos que descrevem pesquisas ou atividades técnicas realizadas por Associações, Consultorias, Instituições, Programas e Sociedades (ROCHA, 2007, p. 18).
- **Tipo de Estudo:** Teórico-conceitual ou metodológico: estudos que abordam aspectos conceituais incluindo revisão bibliográfica e análise da contribuição de distintas correntes de pensamento para a compreensão da gestão em saúde; Descritivos: estudos que descrevem experiências inovadoras e estudos de caso que tomam como objeto a gestão de sistema de saúde; Avaliativos: estudos que adotam a perspectiva metodológica proposta no campo da avaliação em saúde, incluindo o estabelecimento de critérios e/ou indicadores para a medição do grau de desenvolvimento do processo de gestão em saúde ou da aferição do alcance dos resultados esperados nessa área (ROCHA, 2005, p. 20).
- **Objeto do estudo:** problema de pesquisa definido pelo autor para o desenvolvimento da investigação científica.
- **Fundamentação Teórica:** explicitação ou não da fundamentação teórica no resumo do documento. Fundamentação teórica escolhida.
- **Abordagem/natureza do estudo:** procedimentos sistemáticos utilizados para o estudo do problema, podendo ser: Quantitativo - caracterizado pelo uso da quantificação através de técnicas estruturadas e estatísticas para tratamento e análise dos dados. Qualitativo - caracteriza-se por não se utilizar critério numérico/estatístico para a análise dos dados, utiliza-

se de técnicas de observação e análise de conteúdo. Quantitativo-qualitativo - mistura as duas abordagens anteriores.

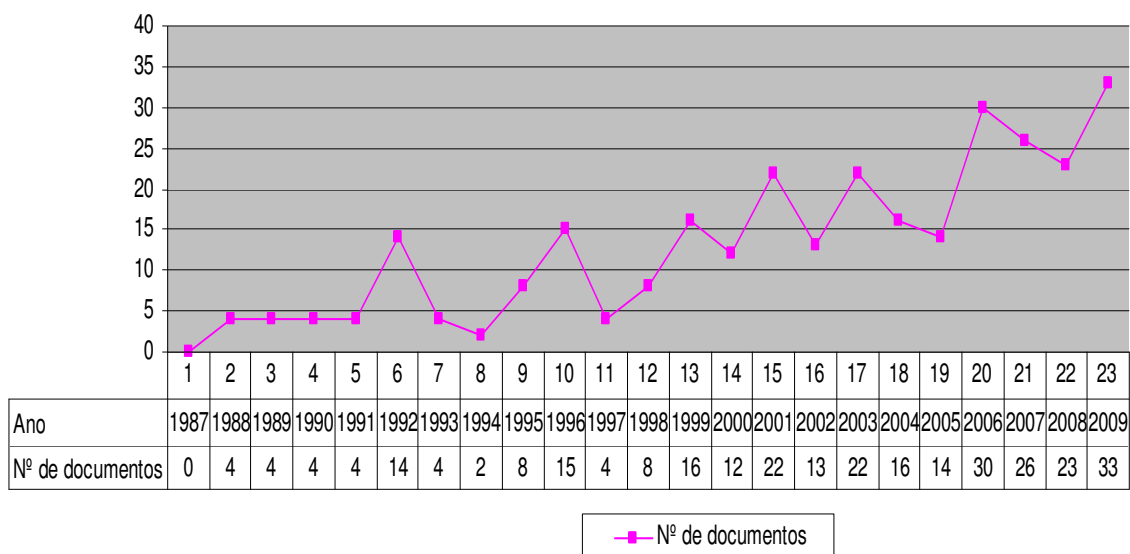
Após a definição das categorias de análise, construímos um banco de dados com auxílio do *software* Epi-Info (versão 6.04d). A partir da obtenção das frequências simples dos aspectos correspondentes às categorias estudadas, procedemos à análise das informações de caráter quantitativo e a partir dos cruzamentos de algumas variáveis desenvolvemos uma análise qualitativa sobre a produção científica encontrada.

3 RESULTADOS

A descrição e a análise dos resultados encontrados a partir do processamento das informações extraídas dos 298 documentos selecionados estão apresentadas a seguir, tomando como ponto de partida a evolução quantitativa da produção sobre Gestão de Sistemas de Saúde (GSS) ao longo do período 1987-2009, seguida da classificação dessa produção por subárea temática, que nos oferece uma caracterização geral dos problemas abordados pelos diversos autores.

3.1 DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE DE 1987 A 2009

Os 298 estudos selecionados distribuem-se ao longo do período 1987-2009, conforme a curva apresentada no Gráfico 1, Como se pode observar, em 1987, ano em que se inicia a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS - 1987), não encontramos nenhum trabalho sobre Gestão de sistemas de saúde. A partir de 1988, entretanto, registra-se uma pequena produção, que tende a crescer de forma irregular, nos anos seguintes, atingindo seu pico exatamente em 2009, quando foram registrados 33 trabalhos.

Gráfico 1: Distribuição do conjunto de documentos selecionados no período 1987-2009.

O Gráfico 1 também nos mostra um registro superior a 20 documentos publicados no ano, cujo número vem se mantendo a partir de 2006, ano de publicação do Pacto pela Saúde que representa mudanças significativas para o processo de gestão do SUS.

3.2 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS POR SUBÁREA TEMÁTICA

A classificação dos 298 estudos selecionados segundo subáreas temáticas, conforme explicitado na metodologia deste trabalho, encontra-se na Tabela 2. A maior parte dos trabalhos (**28,19%**, N=84) abordou questões relativas ao processo de Descentralização da gestão do sistema público de saúde (SUS), notadamente a Municipalização, seguido dos estudos sobre a Regionalização dos serviços (**19,46%**, N=58), em especial os estudos sobre o processo de distritalização, organização e acesso aos serviços. Na sequência aparecem os estudos sobre Democratização da Gestão (**11,74%**, N=35) e os que abordam aspectos relacionados com a Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria (**10,07%**, N=30), seguidos de perto pelos estudos sobre Gestão do trabalho e educação na saúde (**9,73%**, N=29). Sendo menor a produção encontrada na subárea temática de Financiamento e custos nos sistemas de saúde (**5,03%**, N=15). Os que foram classificados como Outros totalizaram **15,77%** (N=47).

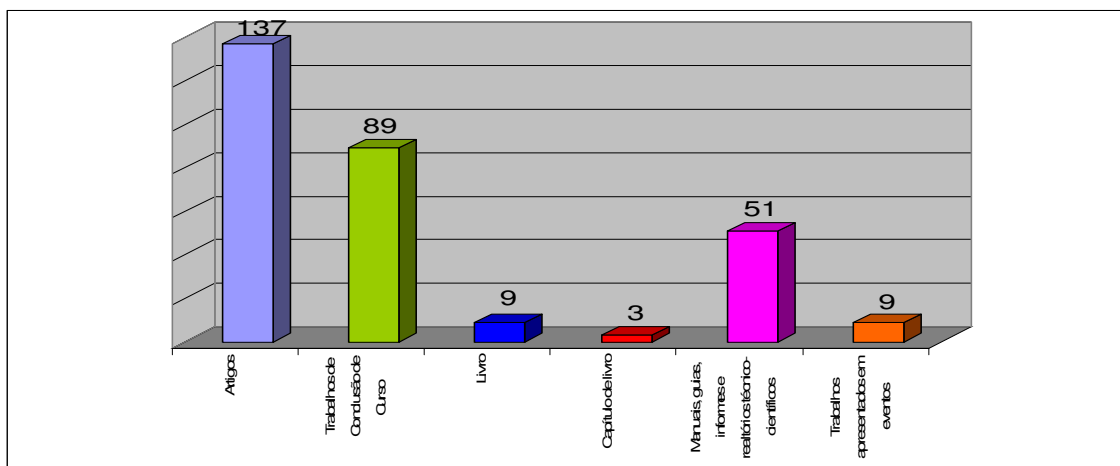
Tabela 2: Distribuição dos documentos classificados por Subáreas Temáticas, outubro, 2010.

Subáreas Temáticas	Documentos	
	Número	%
Descentralização da Gestão	84	28,19
Democratização da Gestão	35	11,74
Regionalização dos serviços	58	19,46
Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria	30	10,07
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	29	9,73
Financiamento	15	5,03
Outros	47	15,77
Total	298	100

Fonte: Base Lilacs, outubro, 2010.

3.3 CLASSIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS SEGUNDO TIPO DE DOCUMENTO

Quanto ao tipo de documento utilizado, identificamos uma predominância dos artigos em periódicos e dos trabalhos de conclusão de curso, que somados representaram 75,84% (N=137 e N=89, respectivamente) da produção. Os manuais, guias, informes e relatórios técnico-científicos totalizaram 17,11% (N=51), seguidos em menor número pelos livros e trabalhos apresentados em eventos, ambos com 3% (N=9 e N=9) do total dos trabalhos selecionados, sendo que apenas 1% (N=3) do total, eram capítulos de livro.

Gráfico 2: Distribuição dos trabalhos por tipo de documento, outubro, 2010.

Os artigos em periódicos representaram 46% (N=137) do total de documentos selecionados. Cabe registrar que a produção do conhecimento em periódicos encontra-se distribuída em um variado conjunto de revistas de veiculação nacional das mais diversas áreas do conhecimento, provavelmente em virtude da natureza interdisciplinar do campo da Saúde Coletiva. Identificamos, contudo, uma concentração da produção nos periódicos tradicionalmente vinculados a este campo, os quais responderam por mais da metade dos trabalhos selecionados (62,78%) conforme a Tabela 3.

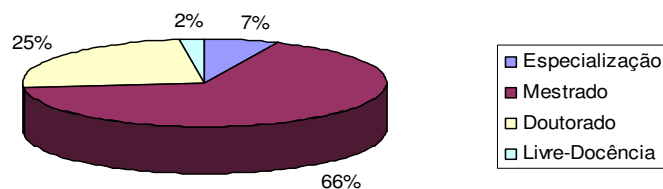
Tabela 3: Distribuição dos artigos selecionados nos periódicos nacionais, outubro, 2010.

Periódicos	Número	%
Cadernos de Saúde Pública	19	13,87
Revista de Administração Pública	12	8,76
Divulgação Saúde em Debate	28	20,44
Saúde Debate	09	6,57
Ciência e Saúde Coletiva	11	8,03
Revista Baiana de Saúde Pública	06	4,38
Interface Comunicação, Saúde, Educação	04	2,92
Saúde Sociedade	04	2,92
Physis	06	4,38
Revista de Saúde Pública	03	2,19
Outros	35	25,54
Total	137	100

Fonte: Base Lilacs, outubro, 2010.

Sobre os trabalhos de conclusão de curso produzidos através dos Programas de Pós-Graduação, estes representaram 30% (N=89) das referências selecionadas. A distribuição segundo o nível: Especialização (N=6), Mestrado (N=59), Doutorado (N=22) e Livre-Docência (N=2), pode ser verificada no Gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição dos Trabalhos de Conclusão de Curso, outubro, 2010.

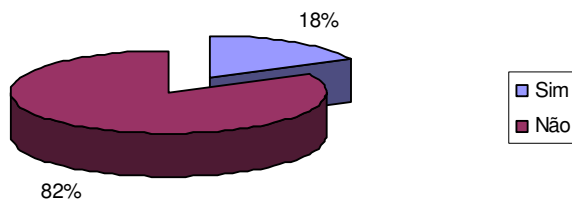


Conforme pode ser observado, as dissertações de Mestrado representam a maior produção (66%) dentre os trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduação.

3.4 EXPLICITAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS ESTUDOS

O percentual de documentos que explicitaram nos resumos a fundamentação teórica adotada no estudo foi de aproximadamente 18% (N=53), conforme podemos observar no Gráfico 4.

Gráfico 4: Distribuição dos documentos segundo a presença de fundamentação teórica, outubro, 2010.



Dentre os 53 documentos que apresentaram a fundamentação teórica nos seus resumos, a maioria (N=32) eram trabalhos de conclusão de curso.

3.5 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS SEGUNDO ABORDAGEM METODOLÓGICA

Os documentos também foram avaliados quanto ao tipo e natureza/abordagem do estudo. A maior parte dos estudos é composta por trabalhos descritivos, incluindo os relatos de experiência e estudos de caso sobre gestão de sistemas de saúde. Estudos teórico-conceituais aparecem de forma tímida, e registra-se pouca quantidade de estudos avaliativos. Cabe registrar que pouco mais da metade (56,37%, N=168) dos resumos não indicaram o tipo de estudo adotado (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos documentos em função do tipo de estudo.

Tipo de Estudo	Número	%
Teórico-Conceitual/Metodológico	8	2,68
Descritivos (Relatos de experiência e Estudos de Caso)	111	37,25
Avaliativos	11	3,69
Não referiu*	168	56,37
Total	298	100

Fonte: Base Lilacs, outubro, 2010.

Quanto à abordagem metodológica, observamos, dentre os resumos que referiram ou permitiram apontar a natureza do estudo (19,46%), um maior número de estudos qualitativos (N=51), embora tenham aparecido em menor monta estudos declaradamente quantitativos (N=2) e de abordagem quantitativa-qualitativa (N=5). Considerável número de estudos não referiu a natureza do estudo, entretanto os resumos apontavam a utilização de técnicas e instrumentos de pesquisa que permitiam a identificação da abordagem utilizada (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos documentos em função da natureza/abordagem do estudo.

Natureza/Abordagem do Estudo	Número	%
Quantitativo	2	0,67
Qualitativo	18	6,04
Quantitativo-Qualitativo	5	1,68
Subtotal*	33	11,07
Não possibilitam a identificação da abordagem	240	80,54
Total	298	100

Fonte: Lilacs, outubro, 2010. * Soma dos resumos que possibilitam a identificação da abordagem qualitativa.

4 DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Ainda que este trabalho não tenha tido a pretensão de avaliar o impacto da produção científica sobre Gestão de Sistemas de Saúde (GSS) no campo da Saúde Coletiva, este pode ser considerado como uma primeira aproximação à produção científica nesta área temática. Nessa perspectiva, a análise do universo de trabalhos identificado na base de dados LILACS para os últimos vinte e três anos nos permitiu mapear a distribuição da produção científica e caracterizar o conjunto de subáreas temáticas incluídas na grande área temática da GSS.

4.1 DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DOS DOCUMENTOS DA ÁREA TEMÁTICA GSS

Para fins de análise, optamos por estabelecer uma periodização que, partindo do ano de 1987, considerou quatro “fases”¹¹ ou períodos da produção de conhecimento na área temática de Gestão de sistemas de saúde. A primeira fase ou período se inicia em 1987 e termina em 1990, com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde, enquanto o segundo período vai de 1991 até o ano de 2000, que abarca as publicações das NOBS 91, 93 e 96, o terceiro período vai de 2001 a 2005, que contempla a NOAS 2001/2002 e finalmente, a quarta fase, marcada não acidentalmente pelo Pacto pela Saúde, publicado em 2006, se estende até o ano de 2009.

O Gráfico 1 e a tabela 6 (Apêndice B) apresentam a distribuição temporal da produção científica na área e a distribuição dos trabalhos por subáreas temáticas, por períodos e ano de publicação, respectivamente, os quais colocam em evidência as tendências em cada um dos períodos.

Na observação do primeiro período (1987-1990), chama atenção a tendência regular, porém ainda tímida da atividade científica na área a partir de 1988 (Gráfico 1). O segundo período (1991-1999) caracterizou-se por apresentar uma produção científica irregular, porém com picos nos anos de 1992, 1996 e 1999, o que possivelmente se deve à discussão sobre a

¹¹ Um estudo realizado por Levcovitz *et. al.* (2003) analisaram o debate político e a produção de conhecimento em PP&G e adotaram uma periodização para a trajetória das políticas de saúde no Brasil em cinco fases (1ª fase 1974-1979; 2ª fase 1980-1986; 3ª fase 1987-1990; 4ª fase 1998-2000 e 5ª fase 2001-2005).

municipalização incitada na 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, cujo tema foi “Municipalização é o caminho”, e a partir da publicação da NOB/SUS 96, intitulada “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” (BRASIL, 1996) e sua operacionalização a partir de 1998. O terceiro período (2000-2005) foi assinalado por uma atividade científica significativa, mas também irregular, cujos picos marcados em 2001 e 2003, podem ser atribuídos à publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) que, considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, fortalecido com a implementação da NOB/SUS 96, “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Em 2002, a partir da revisão e atualização da NOAS 2001, o Ministério da Saúde publica a NOAS-SUS 01/02 cujo tema é a “Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso” (BRASIL, 2002). A partir destes fatos que potencializam a produção de estudos sobre a operacionalização da gestão de sistemas de saúde, a publicação do Pacto pela Saúde, em suas três dimensões: Pacto pela Vida; em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), inaugura o quarto período (2006-2009) da produção na área de GSS que se estende até o ano de 2009, em que atinge o pico da produção com 33 trabalhos registrados na base LILACS.

A diferença crescente no volume de trabalhos, constatada na periodização (N=12; N=75; N=99 e N=112, respectivamente nas quatro fases ou períodos) por nós apresentada, sugere que o processo de institucionalização do SUS influenciou a atividade científica na área de gestão de sistemas de saúde, na medida em que o SUS passou a ser um campo de experimentação e consolidação de saberes e práticas na gestão do sistema em seus três níveis federativos. Destarte, as atividades científicas produzidas na área revelam a influência do contexto político de construção do SUS sobre o campo científico da Saúde Coletiva, notadamente na área de P&G em saúde.

Nesse sentido, nosso estudo corrobora com as constatações de Levcovitz *et al* (2003), visto a tendência à diversificação temática e de abordagens metodológicas, presente na grande variedade de estudos categorizados nas subáreas, tendo como pano de fundo o processo de descentralização da gestão do SUS em função das iniciativas do Ministério da Saúde e das Secretarias estaduais e municipais.

4.2 COMPOSIÇÃO DAS SUBÁREAS TEMÁTICAS DO CONJUNTO DE DOCUMENTOS

A análise dos documentos selecionados, segundo as subáreas por nós definidas, evidencia uma predominância dos estudos sobre o processo de Descentralização da Gestão. É importante salientar que esta maior participação é inerente ao processo de institucionalização do SUS que se deu pelas “induzões” ministeriais sobre o processo de gestão e organização do sistema pelas instâncias gestoras, concretizadas pelas diversas normas.

Além dos estudos sobre o processo de descentralização da gestão, os trabalhos sobre Regionalização dos serviços, como estratégia de organização do sistema, tiveram importante participação visto que a publicação da NOAS 2001 e 2002 instaura no contexto político e operacional a necessidade pela continuação do processo de descentralização com base na regionalização da assistência, e por meio de estratégias e mecanismos (processo de organização territorial, distritalização, formação de consórcios, gestão em rede) que permitam organizar o acesso sustentado pelo princípio da equidade. Os demais trabalhos se distribuem heterogeneamente nas demais subáreas temáticas, sendo que, três delas, a saber: Democratização da Gestão; Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, individualmente apresentam um volume, em média, de 30 trabalhos, considerando o total dos quatro períodos de estudos analisados. A menor produção encontra-se na subárea Financiamento, onde os estudos desenvolvidos estão concentradamente voltados para análise e avaliação de custos de serviços e estabelecimentos, sendo, ainda infrequentes, as análises sobre a gestão financeira e orçamentária sobre o sistema de saúde (SUS).

Os trabalhos sobre a Democratização da gestão do sistema público de saúde também tiveram importante participação visto que a realização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) impulsionou a produção, especialmente a partir da 8ª CNS, realizada em 1986, e que os instrumentos normativos pregavam a democratização e a participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações e serviços de saúde. Quanto aos estudos sobre a Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria foram raros até o ano de 1998, sendo a produção voltada para a avaliação em saúde, entretanto, a partir de 1999, após a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) no ano anterior, agência reguladora da assistência em saúde no país, inicia a produção sobre a regulação e controle em saúde, com menor quantidade dos estudos sobre auditoria. E, quanto aos estudos sobre a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde mantém

sua produção anual de forma regular e constante, porém ainda discreta, a partir de 2001, embora valha o registro que iniciativas para institucionalizar e operacionalizar a gestão do trabalho e da educação na saúde tenha sido feitas, a exemplo a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGETES) e a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, esta mais recente, criada no ano de 2007.

A composição da produção por subáreas temáticas reflete o interesse dos pesquisadores e técnicos envolvidos com o processo de institucionalização e operacionalização da gestão de sistemas de saúde em descrever e analisar criticamente as experiências e práticas de gestão concretizadas nos espaços institucionais, o que caracteriza a dimensão mais operativa da produção sobre GSS.

Destarte, os resultados deste estudo corroboram com a afirmação de Paim (2002) que a produção científica na área de Gestão em Saúde encontra-se mais voltada para a *intervenção* do que para *investigação*, pelo fato de “beirarem a imediatez da prática”, e que cujos objetos tendem a ser atravessados por ideologias das mais diversas. Em síntese, a composição dos trabalhos publicados por subárea temática, parece refletir a acumulação, ao longo do tempo, de uma reflexão derivada de práticas voltadas à institucionalização do SUS e a operacionalização das normas induzidas pelo Ministério da Saúde.

4.3 CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE GSS

Quanto ao tipo de documento utilizado para a divulgação da produção do conhecimento na área temática GSS, observamos uma predominância dos artigos em periódicos, os quais se encontram distribuídos em um conjunto heterogêneo de periódicos de veiculação nacional das mais diversas áreas do conhecimento, o que pode ser justificado, em grande parte, pela natureza transdisciplinar do campo da Saúde Coletiva.

Ainda sobre o tipo de documento cabe destacar o fato de que a maior produção dos trabalhos de conclusão de curso é resultado dos cursos *latu sensu*, o que nos permite inferir que tais cursos, em comparação com os cursos *stritu sensu*, são em maior número e, portanto, existentes na maioria dos estados brasileiros, o que facilita o acesso dos pesquisadores interessados, e também, acrescentar que a exigência da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal do Nível Superior (Capes) e do Ministério da Educação e Cultura (MEC) pela constituição destes últimos, os cursos de Doutorado, justificam a diferença nesta produção.

Os documentos selecionados também foram analisados quanto à explicitação da fundamentação teórica, o que nos mostrou a rara indicação pelos autores das escolhas teóricas utilizadas para a construção do estudo. Sobre tal achado, registramos que a busca por tal informação foi feita a partir dos resumos, o que pode indicar, acreditamos, que a referência e a apresentação da fundamentação teórica encontram-se no corpo do texto, na íntegra da produção.

Especificamente sobre o tipo e a natureza/abordagem do estudo, os documentos permitiram verificar que, em sua grande monta, constitui-se por trabalhos descritivos, incluindo os relatos de experiência e estudos de caso, aparecendo na seqüência os estudos teórico-conceituais e destacando a pouca expressão dos estudos avaliativos. A maioria dos pesquisadores optou pela abordagem ou natureza qualitativa dos estudos, a qual trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO e SANCHES, 1993), constituindo-se estes os maiores interesses na área de gestão em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou sistematizar informações sobre a produção científica na área temática de Gestão de Sistemas de Saúde a partir da análise dos seus produtos, quais sejam os artigos em periódicos, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, teses, dissertações, livros, manuais ou guias produzidos nos últimos 20 anos.

Percebemos, diante das leituras dos resumos que o uso dos termos “gestão” e “gerência”¹² tem sido feito de forma aleatória e, por vezes, utilizados pelos autores enquanto sinônimos, o que nos exigiu uma leitura cuidadosa a fim de selecionar estudos de gestão de sistemas no âmbito municipal, estadual ou federal. Vale destacar que alguns autores tratavam

¹² A NOB/SUS 96 estabelece as diferenças conceituais entre gestão e gerência. Nela, a gestão é definida como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação; articulação e negociação; planejamento; acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras. Enquanto a gerência é compreendida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996).

da gestão de sistemas fazendo referência ao termo gerência, e o contrário, também foi verificado.

Constatamos, a partir do uso da tipologia proposta por Paim e Teixeira (2006), algumas lacunas na classificação das áreas temáticas, visto que alguns problemas de investigação e temática abordada por estudiosos da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde não foram contempladas, como por exemplo, judicialização da saúde, ética em saúde e tecnologia e inovação em saúde. Nesse sentido, cabe também o registro sobre a definição elaborada pelos autores para as áreas temáticas. Algumas destas são restritas, a exemplo do “controle social em saúde” que é definido por “estudos sobre criação de conselhos” sem fazer referência à participação da sociedade na gestão a partir destes espaços instituídos de controle social. Outra limitação encontrada na tabela de tipologia refere-se à área sobre recursos humanos que apenas refere-se à “formação e capacitação de pessoal”, sem fazer referência à gerência e gestão de pessoas, o que, de outro modo, poderia estar contemplada na definição da área de “gestão de sistemas e serviços de saúde”. Outros objetos ou problemas também não foram inseridos na definição das áreas, como ouvidoria, avaliação de cobertura e avaliação de desempenho.

O conteúdo classificatório por subáreas temáticas a partir da análise do objeto dos resumos de teses revelou os interesses dos pesquisadores por problemas que têm sido determinadas pela incorporação de princípios inovadores como a descentralização, a municipalização e a regionalização, e por ideologias disseminadas pelas portarias ministeriais (ex: as normas operativas).

O estudo da produção científica na área GSS nos permite concluir que, de modo geral, houve um expressivo crescimento do volume de trabalhos produzidos, quando comparamos os quatro períodos analisados. Atribuímos que tal aumento na produção decorreu fundamentalmente, do processo de institucionalização da gestão no âmbito do SUS. De fato, o maior quantitativo de produção nas subáreas de “Descentralização da gestão” e “Regionalização dos serviços” sugere que o desafio imposto pela implementação das normativas ministeriais constituiu-se em fator indutor da elevação da produção na área. Podemos também considerar que a importante produção verificada na subárea que engloba os trabalhos de “Democratização da gestão” revela uma possível consolidação de linhas de pesquisa cuja emergência se deu a partir dos anos 90 do século passado em uma conjuntura marcada pela institucionalização das instâncias colegiadas de participação, quais sejam, os conselhos e as conferências de saúde.

Por fim, os resultados desse estudo sugerem que a característica mais marcante da produção científica na área de Gestão de Sistemas de Saúde tem sido sua *dimensão operativa e prática* influenciada pela política e cultura institucional no âmbito da Saúde nos últimos 20 anos. Assim, as questões relacionadas com a produção científica na área GSS, bem como os desafios decorrentes da institucionalização e operacionalização dos mecanismos de gestão no sistema público de saúde, parecem ter sido o estímulo maior à elaboração de estudos e pesquisas nesta área, o que pode revelar a natureza da produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, que enfatiza a vocação desta para a produção de conhecimentos subsidiados pela “militância sociopolítica” dos sujeitos individuais e coletivos (TESTA, 1997 *apud* PAIM e TEIXEIRA, 2006).

A relevância desse estudo se caracteriza pela busca científica para aprofundar os conhecimentos sobre a gestão de sistemas de saúde, sobretudo pela oportunidade de identificar e sistematizar as tendências teóricas e metodológicas utilizadas pelos autores, bem como oferecer subsídios para a análise do processo de gestão de sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, I. B. S. J. **Políticas e Gestão em Saúde no campo da Saúde Coletiva**: análise temática das teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1993-1998. 200f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2000.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**. Por uma sociologia clínica do campo científico. Trad. Denice Bárbara Catani. São Paulo: UNESP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, v. 1, 2006.

_____. _____. **Norma Operacional Básica do SUS / NOB-SUS 01/96**. Portaria MS/GM n.º 2.203, de 06 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2001**. Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS-SUS 01/2002**. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DESCRITORES em Ciências da saúde. **Consulta ao DeCS**. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 28 mai. 2008.

GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento**. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

GALLO, E; RIVERA, F. J. U.; MACHADO (orgs.). **Planejamento crítico**. Novos desafios teóricos em política de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. 8 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIA de Seleção de Documentos para a Base de Dados LILACS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, agosto, 2008. Disponível em: www.bvsmodelo.bvssalud.org. Acesso em 19 jan. 2010.

LEVCOVITZ, E; BAPTISTA, T. W. F.; UCHÔA, S. A. C.; NESPLOLI, G.; MARIANI, M. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília (DF): OPAS, 2003.

LILACS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Pesquisa bibliográfica**. Disponível em: <http://bases.bvs.br/public>. Acesso em: 17 out. 2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial, 1997, p. 71-112.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, 9 (3), p. 239-262, 1993.

NORONHA, D. P. **Pós-graduação em Saúde Pública**: análise de dissertações de Mestrado e teses de Doutorado – 1990-1994. 174f. Tese (Doutorado em saúde Pública). São Paulo: Faculdade de saúde Pública, USP, 1996.

PAIM, J. S. Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde (ISSS). In: PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC/UFBA, 2002, p. 435-446.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da saúde, 2000.

_____. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun, 1998.

PAIM, J. S. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? In: PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006, p. 99-116.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 40 (n. especial), p. 73-78, ago, 2006.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e Planejamento Social**. Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 144-211.

ROCHA, M. N. D. **Produção de Conhecimento sobre “Participação e Controle Social em Saúde” (1980-2005)**. 63f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2007.

TEIXEIRA, C.; SÁ, M. Planejamento e Gestão em Saúde no Brasil: situação atual e perspectivas para a pesquisa, ensino e cooperação técnica na área, **Ciência e Saúde Coletiva**, 1(1), 1996, p. 80-103.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**. 18 Supl, p. 153-162, 2002.

TESTA, M. Pensamento estratégico. In: TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 15-103.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

_____. **Saber em Salud**. La construcción del conocimiento. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA¹³ PARA CLASSIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

1. Autor:
2. Título:
3. Nº de ordem:
4. Ano de publicação:
5. Tipo do Documento:
 - 5.1 Artigo de periódicos: () artigos originais () artigos de revisão
() comentários () editoriais () _____
 - Título do Periódico: _____
 - 5.2 Trabalhos de conclusão de curso:
() Monografia () Dissertação () Tese () Livre-Docência
 - 5.3 Trabalhos apresentados em eventos científicos (seminários, conferências, reuniões, congressos,...)
 - 5.4 Livro
 - 5.5 Capítulo de livro
 - 5.6 Manuais, Guias, Informes, Relatórios técnicos, Documentos...
 - 5.7 Relatórios Técnico-científicos (pesquisa/ atividades técnicas)
 - 5.8 Não foi possível identificar
6. Objeto de estudo: _____
7. Fundamentação Teórica: () Sim () Não
Qual? _____
8. Tipo de Estudo:
 - () teórico-conceituais () relato de experiências () pesquisa avaliativa
 - () estudo de caso () outros _____
9. Abordagem/natureza do estudo: () Quantitativo () Qualitativo
() Quantitativo-qualitativo
10. Outras Particularidades: _____

¹³ Adaptada de Rocha (2007).

APÊNDICE B - Tabela 6: Distribuição dos trabalhos por subáreas temáticas e por períodos e ano de publicação.

Períodos	Primeiro período (1987-1990)				Segundo período (1991-1999)									Terceiro período (2000-2005)					Quarto período (2006-2009)				Total	
	Ano	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07		08
Subárea																								
Descentralização da Gestão	-	02	03	03	-	05	01	-	02	07	01	02	07	01	10	06	03	04	02	07	06	04	08	84
Democratização da Gestão	-	01	-	-	02	02	01	-	02	01	-	02	02	-	01	03	04	02	02	03	02	01	04	35
Regionalização dos serviços	-	01	01	-	01	04	-	-	03	01	-	03	01	05	05	01	04	03	02	05	05	04	09	58
Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria	-	-	-	-	-	01	01	-	-	-	01	-	02	02	01	01	03	04	02	05	01	04	02	30
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	-	-	-	01	-	-	-	01	-	05	01	-	01	03	01	-	01	01	02	01	04	03	04	29
Financiamento	-	-	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	02	-	01	-	02	-	-	02	03	02	01	15
Outros	-	-	-	-	-	02	01	-	01	01	01	01	01	01	03	02	05	02	04	07	05	05	05	47
Total	-	04	04	04	04	14	04	02	08	15	04	08	16	12	22	13	22	16	14	30	26	23	33	298

Fonte: Base Lilacs, outubro, 2010.

ANEXOS

ANEXO A - TIPOLOGIA DAS ÁREAS TEMÁTICAS

Áreas	Definição
1. Políticas de saúde	<p>Estudo sobre o papel do estado na área da saúde (relações Estado-sociedade, provisão, regulação...).</p> <p>Estudo das estratégias de enfrentamento de problemas e mecanismos de implementação de políticas.</p> <p>Políticas voltadas a grupos populacionais específicos (Mulher, criança, trabalhador,...)</p> <p>Políticas de medicamentos e Assistência farmacêutica</p> <p>Políticas de Ciência e tecnologia em saúde</p>
2. Planejamento em Saúde	<p>Estudos teórico-metodológicos para construção de planos, programas e projetos.</p> <p>Estudos sobre processos e práticas de planejamento e programação em saúde.</p>
3. Gestão de sistemas e serviços de saúde	Estudos de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de RH gestão orçamentária e financeira.
4. Sistemas de Saúde	<p>Estudos sobre as formas de organização e funcionamento dos serviços, processo de trabalho, práticas e saberes de saúde.</p> <p>Estudos sobre Modelos assistenciais e práticas de saúde</p>
5. Recursos Humanos em saúde	Estudos que analisam políticas, programas e processos de DRH: formação e capacitação de pessoal
6. Economia da saúde	<p>Estudos de custos de serviços e estabelecimentos de saúde</p> <p>Estudos que abordam aspectos específicos do financiamento de sistemas e serviços de saúde públicos e privados.</p>
7. Informação em saúde	<p>Informação para tomada de decisões</p> <p>Sistemas de Informação Gerencial</p>
8. Controle social em Saúde	Estudos sobre criação de conselhos de saúde, realização de conferências de saúde, formação e capacitação de conselheiros, movimentos sociais em saúde.
9. Educação e Comunicação em Saúde	Estudos sobre processos e práticas de educação popular em saúde, e/ou desenvolvimento de práticas de comunicação social em saúde.
10. Legislação sanitária	Estudos sobre legislação em saúde (leis e normas sobre hospitais, ambientes, profissões de saúde, medicamentos, alimentos, etc)
11. Pesquisa Avaliativa em saúde	Estudos de avaliação de serviços, de qualidade, de tecnologias, investigação em SS, avaliação de resultados e impacto.
12. Híbridos	Estudos que se encaixam em duas ou mais das áreas descritas acima

ARTIGO 02

**AUTO-AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS:
PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO**

SUMÁRIO ARTIGO 02

RESUMO	45
ABSTRACT	46
1 INTRODUÇÃO	47
2 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL	49
2.1 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO PACTO DE GESTÃO: IDAS E VINDAS NO PROCESSO DE DEFINIÇÃO DAS FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DAS INSTITUIÇÕES GESTORAS DO SUS	50
2.2 O MODELO FEDERATIVO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DA COMPLEXIDADE DO PACTO DE GESTÃO DO SUS	57
3 ELABORAÇÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO	61
3.1 VALIDAÇÃO DA PROPOSTA PRELIMINAR FGM/SUS	63
4 ANÁLISE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO	66
5 COMENTÁRIOS FINAIS	70
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	76

AUTO-AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO ¹⁴

Mariluce Karla Bomfim de Souza¹⁵

Carmen Fontes Teixeira¹⁶

RESUMO

Trata-se de um estudo que descreve o processo e os resultados da elaboração de um instrumento para auto-avaliação da gestão do SUS no âmbito municipal (FGM/SUS - Funções da Gestão Municipal do SUS) tendo como ponto de partida a revisão do conteúdo das leis e normas que compõem o arcabouço jurídico-normativo do SUS com destaque às propostas relativas às funções estabelecidas para as instituições gestoras e a revisão de literatura sobre federalismo e descentralização da gestão de sistemas de saúde. O processo contemplou a revisão e redefinição do conteúdo do Instrumento de Auto-avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública (OPS, 2002; BRASIL, 2007a), à luz dos princípios e diretrizes do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a) e da reflexão de Noronha e cols. (2005) sobre as funções e competências das instâncias gestoras do SUS. Com base na identificação das convergências, divergências, diferenças e complementaridades entre as três propostas, foram sistematizadas as funções da gestão municipal do SUS e elaboradas questões auto-aplicáveis a serem utilizadas em oficinas de auto-avaliação do desempenho das equipes gestoras. O conjunto das 15 funções com as respectivas perguntas foi validado através de consulta a especialistas (gestores e pesquisadores) mediante a técnica de “conferência de consenso”. O produto consiste em um instrumento que poderá ser utilizado por gestores municipais do SUS enquanto uma ferramenta útil para a identificação de eventuais fragilidades no processo de gestão do sistema municipal de saúde, podendo contribuir para institucionalização de práticas de avaliação e fortalecimento da autonomia daqueles na busca de soluções aos problemas que enfrentam no cotidiano do processo de construção do SUS.

Palavras-chave: Governo Local; Organização & Administração; Administração Pública; Sistemas de Saúde; Avaliação em Saúde.

¹⁴ Este trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública no ISC/UFBA.

¹⁵ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana-BA) e Mestre em Enfermagem (Universidade Federal da Bahia). marilucejbv@yahoo.com.br

¹⁶ Médica, Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA e docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. carment@ufba.br

SELF-EVALUATION OF LOCAL NATIONAL HEALTH SERVICE (SUS) MUNICIPAL MANAGEMENT: THE INSTRUMENT CONSTRUCTION PROCESS

ABSTRACT

This is an study which describes the process and the results of the preparing an instrument to self-evaluate SUS management within the municipal sphere (FGM/SUS - Municipal Management Functions of the SUS) having as starting point the revision of the content of the laws and norms that compose the SUS legal-normative outline with prominence to the relative proposals the functions established for the management institutions and the revision of literature on federalism and decentralization of the health systems management. The process considered the revision and redefinition of the content of the Self-evaluation of Essential Public Health Functions Instrument (OPS, 2002; BRAZIL, 2007a), in the light of the principles and lines of direction of the Management Pact (BRAZIL, 2006a) and reflection by Noronha et al. (2005) on the functions and abilities of SUS management authorities. Based on identification of the convergences, divergences, differences and complementarities among the three proposals, SUS municipal management functions were systematized and self-applicable questions prepared for use in self-evaluation workshops on management team performance. A set of 15 functions with their respective questions was validated by consulting specialists (managers and researchers) and using the “consensus conference” method. The product comprises an instrument which could be used by SUS municipal managers as a useful tool for identifying any eventual weaknesses in the municipal health system management process. This could contribute to institutionalizing practises for evaluating and strengthening autonomy for those seeking solutions to problems that are faced with the SUS construction process every day.

Key-Words: Local government; Organization & Administration; Public administration; Systems of Health; Health Evaluation.

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil implica na mudança da estrutura (configuração institucional) e do processo de gestão em cada esfera de governo. Considerando que este processo se ancora na perspectiva federativa, onde as instâncias gestoras são entes dotados de autonomia política, administrativa e financeira, vem se colocando em questão as funções e competências das instâncias gestoras - ao nível federal, estadual e municipal.

Os princípios e diretrizes constitucionais com relação à gestão do SUS contemplam a unificação (do mando), a descentralização (político-administrativa entre esferas de governo) e a participação social (gestão participativa). A unificação se deu logo no início da implantação do SUS, ainda no Governo Collor, com a transferência do INAMPS para o âmbito do Ministério da Saúde. A descentralização, por sua vez, começou a se configurar a partir da implementação da NOB 001/93 (governo Itamar Franco), seguida da NOB 001/96 e da NOAS, durante o período de Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Com a mudança de governo a partir das eleições de 2002 e a chegada ao poder do presidente Lula, o Ministério da Saúde começou a discutir a possibilidade de mudar a estratégia de descentralização, adotando, já em 2006, o Pacto pela Saúde (em suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão).

Nesse processo, vem se dando a redefinição das funções e competências das instituições gestoras do SUS enquanto uma resposta às demandas de consolidação do SUS, na medida em que pode contribuir para a incorporação de uma cultura que valorize a qualidade no processo de formulação de políticas, planejamento, gestão e de avaliação de resultados e de desempenho de forma sistemática.

Entretanto, as definições sobre as competências e atribuições das instâncias gestoras vêm sendo feitas conforme orientações contidas nas Normas Operacionais e, mais recentemente, no Pacto de Gestão. Com isso, vem se verificando o interesse dos pesquisadores do campo da Saúde Coletiva em desenvolver estudos sobre a temática da gestão, com ênfase nas questões derivadas da Descentralização, da Regionalização, da Participação e Controle social, da formação de recursos humanos, sendo que, aparece ainda escassamente o interesse por estudos avaliativos, quer sejam a partir da realização de estudos

de casos, relatos de experiência, quer seja estudos mais abrangentes sobre o processo de descentralização (SOUZA e TEIXEIRA, 2011).

Cabe registrar, portanto, o interesse dos pesquisadores com a avaliação da gestão, ao tempo em que se verifica que as próprias instituições gestoras têm sido estimuladas a incorporar a preocupação com a avaliação de desempenho. Nesse sentido, destacamos a iniciativa da OPAS acerca das Funções Essenciais de Saúde Pública¹⁷. Em seguida a esse esforço, o CONASS decidiu envolver-se na adaptação do instrumento da OPAS ao passo em que foram realizadas reuniões das Câmaras Técnicas do CONASS e assembléias que resultaram no documento de Avaliação da Gestão Estadual que define as funções essenciais no âmbito estadual e que permitem avaliar o grau de implantação e implementação da gestão no estado (BRASIL, 2007a).

Pelo exposto, percebe-se um interesse crescente por parte dos gestores do SUS em desenvolver processos de avaliação da gestão, o que tem colocado um desafio aos pesquisadores da área, no sentido de avançarem com a formulação de propostas metodológicas bem como com a experimentação de métodos e técnicas de avaliação do desempenho dos sistemas. A proposta elaborada pelos consultores da OPAS insere-se nessa perspectiva, buscando dar resposta à demanda identificada no âmbito das instituições gestoras de sistemas de saúde no continente. No Brasil, esta proposta encontra terreno fértil ao seu desenvolvimento por conta do interesse dos gestores estaduais, através do CONASS, em promover a auto-avaliação da gestão estadual do SUS.

Nessa perspectiva coloca-se a possibilidade de adaptação do mesmo instrumento para o âmbito municipal, considerado que a descentralização da gestão do SUS, ao atribuir poder e responsabilidades ao gestor municipal também cria a necessidade de se institucionalizar uma cultura organizacional que valorize a avaliação permanente do processo e dos resultados alcançados. Desse modo, tomamos como ponto de partida a questão “como avaliar a gestão do SUS no âmbito municipal?” e nos propusemos a **elaborar um instrumento de auto-avaliação do desempenho da gestão municipal do SUS com base na revisão das propostas existentes.**

Esse artigo apresenta o resultado alcançado, contendo em primeiro lugar a revisão que fizemos do instrumento proposto pelo CONASS (BRASIL, 2007a) para a auto-avaliação da

¹⁷ O texto básico que serviu de referência para a reflexão e a adaptação das funções essenciais foi a publicação da Organização Pan-Americana de Saúde intitulada “La Salud Pública en las Américas”, trabalho desenvolvido sob a coordenação geral do Dr. Daniel Lopez-Acuña (OPS, 2002).

gestão estadual cotejando-o com a proposta elaborada por Noronha e cols. (2005) e o próprio Pacto¹⁸ de Gestão aprovado em 2006. Em seguida, descreve os procedimentos que realizamos para construir uma proposta preliminar de instrumento contemplando a definição e validação das funções e competências dos gestores por um conjunto de especialistas convidados. O produto deste trabalho constitui uma tecnologia, ou seja, um instrumento de auto-avaliação da gestão municipal do SUS, apresentado no apêndice¹⁹. Por último, buscamos problematizar os limites desse instrumento, levando em conta os possíveis vieses embutidos em sua concepção os quais podem se traduzir em limitações no processo de utilização do instrumento na prática concreta da gestão do SUS.

2 CONSTRUINDO UM REFERENCIAL

O processo de construção de um referencial para o desenvolvimento deste trabalho contemplou dois aspectos: a) a revisão do conteúdo das leis e normas que compõem o arcabouço jurídico-normativo do SUS, tratando de destacar as propostas relativas às funções estabelecidas para as instituições gestoras nas três esferas de governo; b) a revisão bibliográfica de trabalhos que abordam a problemática do federalismo brasileiro, como ponto de partida para a sistematização da reflexão de alguns autores que tem se debruçado sobre a complexidade do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde nesse contexto.

¹⁸ O Pacto pela Saúde em suas três dimensões: pela Vida; em Defesa do SUS e de Gestão, formalizado pelo Documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 e publicado na Portaria/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi aprovado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 26 de janeiro de 2006 e na reunião de 9 de fevereiro de 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006a).

¹⁹ Considerando que o Instrumento produzido constitui o núcleo central da tecnologia leve elaborada, optamos por apresentá-lo como um produto separado, intitulado “Manual para auto-avaliação da Gestão Municipal do SUS”. Para efeito da defesa da Tese de Doutorado, entretanto, este manual faz parte do conjunto da produção acadêmica apresentada ao Colegiado do PPGSC.

2.1 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO PACTO DE GESTÃO: IDAS E VINDAS NA DEFINIÇÃO DE FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DAS INSTITUIÇÕES GESTORAS DO SUS

A definição das funções das instituições gestoras (Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde/Secretarias Municipais de Saúde) vem sendo feita ao longo do processo de formulação e implementação do SUS, desde o momento anterior à aprovação do capítulo Saúde na Constituição Federal, no âmbito do debate travado no seio do movimento pela Reforma Sanitária. Com a aprovação da Constituição Federal e das Leis nº. 8.080 e 8.142, essa definição começou a ser formalizada sendo mais detalhada, entretanto, nas Normas Operacionais (NOB SUS 91, 93 e 96 e NOAS) e, mais recentemente no Pacto de Gestão do SUS.

Embora a sistematização e difusão da proposta da Reforma Sanitária tenha como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os debates sobre saúde e desenvolvimento bem como a busca de alternativas para a reorganização do sistema e a municipalização de serviços de saúde datam da década de 50 (PAIM, 2002b). O relatório final da VIII CNS destaca, dentre os elementos constitutivos da Reforma Sanitária, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado (incorporado no texto constitucional posteriormente) e a criação de um Sistema Único de Saúde. Em, 1987, é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) a partir do aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde (AIS), onde são incorporados alguns itens do projeto da Reforma Sanitária, a exemplo da descentralização.

O ano de 1987 foi também marcado pela criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (constituída de forma paritária por representantes do governo e da sociedade) que produziu textos básicos como contribuição para o capítulo Saúde da Constituição. O Capítulo Da Saúde da Constituição Federal Brasileira de 1988 afirma em seu artigo 198 que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado através das diretrizes de descentralização (com direção única em cada esfera de governo), atendimento integral e participação da comunidade”. Entretanto, o texto constitucional não detalha responsabilidades ou funções que cabem a cada esfera de governo.

A Lei nº. 8.080/90 no seu capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes retoma o artigo 198 da Constituição e estabelece que as ações e serviços de saúde que integram o SUS devem obedecer dentre outros princípios, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Também fazendo referência ao artigo 198, o Capítulo III - Da Organização, da Direção e da Gestão, no artigo 9º desta lei, afirma que “a direção única do SUS vem sendo exercida pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais em suas respectivas esferas de governo”. Esta lei pontua, ainda que de forma reticente, as atribuições comuns às instituições gestoras e as competências que cabem a cada esfera de governo no âmbito da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1990a).

A Lei nº. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o financiamento da saúde, portanto, possibilita à população participar do processo de gestão de modo a participar da discussão sobre a situação de saúde e propor diretrizes, formular estratégias e controlar a execução de políticas de saúde nos aspectos econômicos e financeiros. Também confere a transferência de recursos para os entes federativos e atribui, conseqüentemente, a responsabilidade das instituições gestoras pela gestão financeira dos recursos (BRASIL, 1990b).

Com o objetivo de definir competências para cada ente federativo e condições para que as instâncias estaduais e federais pudessem assumir as atribuições do SUS classificadas conforme as condições de gestão foram criadas pelo Ministério da Saúde, na década de 90, algumas normas operacionais. A NOB/91, editada pelo INAMPS, marca o início da municipalização do SUS com a transferência de unidades para a gerência dos municípios. Segundo Arretche (2004) tal norma introduziu o princípio da habilitação ao SUS, mecanismo mediante o qual os estados e municípios poderiam aderir à política federal de descentralização, subordinando-se às regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas dessa esfera de governo.

Após a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde, exclusivamente, editou a NOB 93, que desencadeou o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão. Segundo Cordeiro (2001), a NOB 93 representou o fortalecimento do princípio da interdependência entre os entes federativos, estimulou o movimento municipalista na área da saúde e estabeleceu as transferências fundo a fundo entre as instâncias gestoras do SUS, cabendo maior autonomia aos municípios e a responsabilidade

sob a provisão dos serviços. Também institucionalizou a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização, através da criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) como espaços de negociação. Entretanto, a NOB trouxe como principais resultados uma “superposição de responsabilidades, com falta de visibilidade sobre qual era a autoridade responsável por determinada ação” (BRASIL, 2007b, p. 38).

Quanto à NOB 96, esta estabeleceu a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, e não somente sobre a prestação de ações e serviços, através de categorias de gestão estabelecidas para a instância municipal e estadual. Foram criados alguns instrumentos com o intuito de fortalecer o processo de gestão do SUS como, por exemplo, a Programação Pactuada Integrada (PPI) - que define metas, responsabilidades e referências intermunicipais com base nos tetos orçamentários estabelecidos, dentre outros.

Em 2001 e com revisão em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS destaca o papel da instância estadual no processo de regionalização da saúde, nos aspectos relativos ao planejamento, programação, controle e investimentos, e propõe instrumentos de regionalização conduzidos pelas secretarias estaduais e a ampliação da capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2001).

No ano de 2003, sob a gestão do Governo Lula, as críticas e insatisfações dos gestores, trabalhadores e usuários foram incluídas nas discussões internas do Ministério da Saúde e nos espaços de negociação e pactuação entre os gestores do SUS. A partir daí, teve início um amplo processo de discussão e mobilização em defesa do SUS, fortalecido pela 12.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, cujo tema discutido foi “*O SUS que Temos e o SUS que Queremos*”. O Ministério da Saúde convocou as representações dos gestores do SUS - CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) no âmbito das instâncias de pactuação entre os gestores (Comissões Bipartite e Tripartite) para a realização de um debate que foi desenvolvido durante os anos seguintes (COSTA, PEDROSA e DARON, 2009).

Enquanto isso, como uma tentativa de sistematizar as funções das instituições gestoras do SUS, Noronha e cols. (2005) classificaram quatro macro-funções gestoras do SUS, quais sejam: (1) Formulação de políticas e planejamento; (2) Financiamento; (3) Coordenação,

regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; (4) Prestação direta de ações e serviços de saúde.

Segundo estes autores, as macro-funções gestoras devem ser um exercício comum às três esferas de governo. Na Formulação de políticas e planejamento, os esforços e as iniciativas dos representantes dos entes federativos para elaboração dos seus instrumentos de gestão e para o planejamento das suas ações representam o exercício dessa função gestora. Quanto ao Financiamento, que se refere ao custeio das ações e serviços do SUS, exige a transferência de recursos federais para os estados e municípios. Na macro-função de Coordenação, Regulação, Controle e Avaliação do SUS, cabe ao município, em especial, organizar a porta de entrada do sistema, estruturar a rede básica, estabelecer fluxo de referência e contra-referência e buscar integrar a rede de serviços e se articular com outros municípios. Entretanto, a União deve elaborar normas de orientação quanto à regulação do sistema e avaliação do seu desempenho, as quais serão utilizadas pelos gestores estaduais e municipais. E, quanto a Prestação direta de serviços e ações de saúde a seus munícipes, refere-se à oferta de serviços nos municípios, que vem se ampliando em decorrência da transferência de recurso federal (SOUZA, 2007).

O resultado das discussões e debates entre os representantes do CONASS, CONASEMS e comissões intergestores, que se estenderam por três anos, resultou no chamado Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006). Por ocasião da elaboração do Pacto, em suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, em particular sobre esta última dimensão, o documento que rege atualmente a implementação das diretrizes políticas concernentes à gestão do SUS, apresenta nove “diretrizes”, quais sejam: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação, controle, avaliação e auditoria; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; e, Educação na Saúde (BRASIL, 2006a).

O Pacto de Gestão do SUS enfoca a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite, cujas deliberações deverão ser consensuadas com a Comissão Intergestora Tripartite. Reafirma a responsabilidade da instância gestora pela garantia do acesso e resolutividade das ações e serviços de saúde nos níveis de complexidade do sistema. Para a garantia pelo direito à saúde, o Pacto afirma que deve ser assegurado o financiamento das ações por blocos de recursos, racionalização dos gastos e otimização de recursos. Desse modo, cabe a cada esfera de gestão realizar o seu planejamento e definir parâmetros e prioridades que irão orientar a programação de forma a

fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, subsidiando o processo regulatório da assistência, conforme desenho da rede de assistência pactuado na CIB.

O Pacto de Gestão também inclui as ações que devem ser desenvolvidas para o fortalecimento do processo de Participação e Controle Social, dentre elas, o apoio aos Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais e a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, além do apoio aos processos de formação dos conselheiros e de educação popular na saúde. Estabelece ainda que os Municípios, Estados e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores da saúde, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação de diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS. Finalmente, o Pacto destaca a necessidade dos entes federativos avançarem na implementação da Política Nacional de Educação Permanente e desenvolver cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social a fim de propor ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS (BRASIL, 2006a).

Sobre tais diretrizes do Pacto de Gestão que direcionam as atribuições e competências das instâncias gestoras do SUS, vale destacar que a descentralização, a regionalização e a participação popular constituem princípios organizativos do sistema, enquanto as demais (a exemplo do financiamento, planejamento, programação, regulação, gestão do trabalho em saúde) contemplam especificamente funções que traduzem a responsabilidade das instituições gestoras pela condução do sistema. Particularmente sobre a diretriz Educação na Saúde, esta se agrega, enquanto política, à gestão do trabalho.

Podemos considerar, de fato, que esse conjunto de “diretrizes” estabelece as responsabilidades de cada ente federativo como forma de diminuir as atribuições concorrentes visando ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Vale destacar, que diferente das normas operacionais, a adoção do pacto pressupõe uma “desburocratização dos processos normativos, estruturação das regiões sanitárias e fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite” (BRASIL, 2007b, p. 49).

Diferente da proposta apresentada por Noronha e cols. (2005) que classifica as funções que devem ser realizadas de forma geral por todas as instâncias gestoras e do Pacto, que especifica as responsabilidades de cada instância federativa (município, estado, distrito federal e União), o CONASS apresentou um documento, publicado em 2007, sobre as funções gestoras do SUS, com ênfase no nível estadual.

O documento do CONASS que sintetiza essa proposta foi produzido a partir de uma adaptação do documento original da OPAS acerca das Funções Essenciais de Saúde Pública²⁰ considerando que estas são o suporte básico para a formulação e implementação das políticas de saúde de forma coerente com os princípios e valores do sistema público de saúde (BRASIL, 2007a).

O documento de Avaliação da Gestão Estadual define para cada função essencial um número de indicadores que permitem avaliar o grau de implantação e implementação da gestão no Estado (BRASIL, 2007a). O quadro a seguir apresenta as onze Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP). Na segunda coluna consta a descrição das FESP criadas pela OPAS (no seu documento original) e na terceira, encontra-se descrita as funções adaptadas para a gestão estadual (adaptação do CONASS).

QUADRO 1: Descrição das Funções Essenciais da Saúde Pública, OPAS, CONASS, 2007.

Função (FESP)	Descrição original	Adaptada para a Gestão Estadual
FESP/SUS n. 1	Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população.	Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.
FESP/SUS n. 2	Vigilância, investigação, controle de riscos e danos na saúde pública.	Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
FESP/SUS n. 3	Promoção da saúde.	Promoção da saúde.
FESP/SUS n. 4	Participação dos cidadãos na saúde.	Participação social em saúde.
FESP/SUS n. 5	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública.	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
FESP/SUS n. 6	Fortalecimento da capacidade institucional de regulação, fiscalização em saúde pública.	Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
FESP/SUS n. 7	Avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.	Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
FESP/SUS n. 8	Desenvolvimento de recursos humanos e	Administração, desenvolvimento e

²⁰ O texto básico que serviu de referência para a reflexão e a adaptação das funções essenciais foi a publicação da Organização Pan-Americana de Saúde intitulada “La Salud Pública en las Américas”, trabalho desenvolvido sob a coordenação geral do Dr. Daniel Lopez-Acuña (OPS, 2002).

	capacitação em saúde pública.	formação de Recursos Humanos em saúde.
FESP/SUS n. 9	Garantia a melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos.	Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
FESP/SUS n. 10	Investigação essencial para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública.	Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
FESP/SUS n. 11	Redução do impacto de emergências e desastres em saúde	Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

Fonte: Brasil (2007a).

As FESP/SUS, adaptadas e re-significadas, sistematizam e concentram um conjunto de atribuições e atividades da Gestão Estadual e trazem uma visão importante para as equipes gestoras do seu papel de condução do sistema estadual, como das ações inerentes ao seu desempenho, o que favorece o desenvolvimento institucional.

Sobre a definição das funções essenciais para a gestão estadual vale destacar que o CONASS manteve funções relacionadas a diferentes aspectos da organização da rede e dos serviços (exemplo: FESP/SUS n. 2 - Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; FESP/SUS n. 3 - Promoção da saúde; FESP/SUS n. 9 - Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde) com funções específicas para gestão (exemplo: FESP/SUS n. 5 - Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; FESP/SUS n. 6 - Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; FESP/SUS n. 8 - Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde). Entretanto, chamamos a atenção que a função do financiamento não foi incluída enquanto uma função essencial da Saúde Pública, entretanto foi considerada função gestora por Noronha e cols. (2005). Por outro lado, a Participação social em saúde (FESP/SUS n. 4) e a Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde (FESP/SUS n. 11) foram tomadas como funções que se referem especificamente a diretrizes descritas no texto constitucional. Também merece destaque a inclusão da FESP/SUS n. 10 relativa à pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, entendendo-se como função das instâncias gestoras o levantamento de questões relevantes e a identificação de áreas prioritárias para o desenvolvimento de investigações.

A revisão das três propostas de definição das Funções gestoras do SUS inspirou a realização de um estudo que contempla a análise aprofundada de cada uma delas, a comparação entre elas e a elaboração de uma síntese analítica que possa vir a servir de referencial para o aperfeiçoamento e avaliação da gestão do SUS no âmbito municipal. Tal revisão permitiu a elaboração ou re-elaboração das funções gestoras da instância municipal da saúde que teve como produto uma proposta de imagem-objetivo²¹ - instrumento inicial que sirva para o uso dos pesquisadores no desenvolvimento de estudos sobre a gestão municipal do SUS.

2.2. O MODELO FEDERATIVO E A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: ELEMENTOS PARA A COMPREENSÃO DA COMPLEXIDADE DO PACTO DE GESTÃO DO SUS

Após a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, um novo modelo federativo passou a vigorar no Brasil. Segundo Abrúcio e Franzese (2010) o Brasil se tornou um caso peculiar de Federação com três entes considerados “pactuantes originários”, a saber, União, estados e municípios, o que permitiu, de fato, maior autonomia política, administrativa e financeira dos municípios acompanhada de descentralização de recursos e atribuições.

Burgess *apud* Abrúcio e Franzese (2010, p. 02) afirma que a adoção do modelo federativo pelos países se dá em uma “situação federalista”, caracterizada pela existência de heterogeneidade, diferenças e disparidades étnicas, culturais, socioeconômicas e políticas entre as regiões de um país e pela ação política baseada no “ideal da unidade na diversidade”, capaz de manter unidas, mas autônomas as partes do mesmo território. É nesse sentido que Abrúcio (1998) discute os princípios federativos da autonomia e da interdependência.

No âmbito do Estado federado, Abrúcio (1998) refere que as relações entre as esferas de governo se dão através da combinação de autonomia com dependência. Isto significa que a gestão da coisa pública deve ser mantida através do autogoverno (princípio da autonomia) e

²¹ “Por imagem-objetivo, entende-se não um simples conjunto ou soma de objetivos, mas um modelo, inserido em um tempo futuro, cuja construção eliminou os problemas de coerência entre os distintos objetivos, harmonizando-os e ordenando-os” (SOUZA, VIEIRA DA SILVA e HARTZ, 2005, p. 90).

de relações intergovernamentais que compatibilizem os direitos de cada ente federativo, e da soma dos interesses presentes na federação (princípio da interdependência).

“A federação é uma forma de organização político-territorial baseada no compartilhamento tanto da legitimidade como das decisões coletivas entre mais de um nível de governo”. A essência do federalismo está no acordo capaz de estabelecer um compartilhamento da soberania territorial, fazendo com que coexistam diferentes entes autônomos e com relações contratuais de modo a compatibilizar o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes, resultando numa divisão de funções e poderes entre as esferas governamentais (ABRÚCIO e FRANZESE, 2010, p.1).

O arranjo federativo se caracteriza por um processo que envolve cooperação e reciprocidade entre os entes federados (RODDEN *apud* MENICUCCI, 2010), portanto, sua concretização se dá em uma parceria entre governos que “compartilham a soberania e são, ao mesmo tempo, autônomo e interdependentes” (ABRÚCIO, 2005, p.45), condição que requer o estabelecimento de pactos federativos a fim de equacionar os conflitos de interesses que caracterizam as relações intergovernamentais (ABRÚCIO e SOARES, 2001).

A gestão da rede de serviços de saúde em um contexto federativo, associado à descentralização para as esferas regionais e locais de governo, coloca a necessidade de combinar a autonomia dos entes federados e a cooperação entre eles de forma a garantir os preceitos constitucionais de universalidade e integralidade da atenção sob a responsabilidade dos gestores diversos (MENICUCCI, 2010, p.1).

Segundo Viana *et al* (2002a) o modelo de gestão do SUS é um modelo complexo que é concretizado mediante o estabelecimento de relações “interinstitucionais”, “interníveis” de governo e “interserviços”. Logo, este modelo requer a cooperação entre os diversos atores envolvidos (gestores, prestadores), entretanto, na prática, tal relação é marcada por permanente tensão entre descentralização e autonomia, por um lado, e dependência, de outro.

Portanto, na saúde, apesar de autônomos, os estados e municípios são também interdependentes, de modo que, para garantir o acesso aos diversos serviços, a constituição das redes de atenção extrapola os limites territoriais em função da necessidade de ampliar a oferta e os tipos de serviços. Nesse sentido, o estabelecimento de parcerias entre municípios, por exemplo, mais comumente, torna-se a única alternativa para a garantia da assistência integral à saúde.

Desse modo, podemos entender que o SUS incorporou a lógica da federação, de modo que cada instituição gestora assume responsabilidades com a produção de ações e serviços de

saúde e as cumpre através de sua autonomia e mediante a capacidade de articulação com outras esferas de governo.

O SUS é uma expressão clara, na teoria e na prática, da cooperação entre as esferas de governo e tem se caracterizado em um contexto intrinsecamente conflitivo (VIANA *et al*, 2002a), cujas relações são marcadas pela competitividade por recursos e por investimentos, o que para Abrúcio (2005) ao invés da visão cooperativa, se instala o que ele denomina de “municipalismo autárquico”. Este termo caracteriza um contexto cuja assunção de encargos e funções, instituída pelo processo de descentralização, acabou sendo assumida, muitas vezes, com pouca cooperação junto às outras instâncias federativas, e noutras, com um aumento da competição entre os próprios governos municipais (ABRÚCIO e FRANZESE, 2010).

Esse “municipalismo autárquico” teve sua lógica reforçada pelas distorções imprimidas pelo processo de municipalização e pela competição induzida pelas normas operacionais que se constituíram em mecanismos de indução do governo federal pela disputa de recursos para a organização e estabelecimento dos serviços no SUS. Nesse sentido, concordamos com Viana *et al* (2002b) de que a formulação e a instituição das normas operacionais (NOB's) constituíram uma indução estratégica conduzida pelo gestor nacional e que repercutiram sobre o processo de gestão de forma descontínua, visto que foram sobrepostas umas às outras sem que fossem cumpridas e avaliadas suas repercussões, criando uma série de contradições que são resolvidas pela norma subsequente, numa tendência ascendente para adequar a descentralização à racionalidade sistêmica, aos modelos de atenção e ao financiamento (federativo e dos prestadores privados).

Menicucci (2010) destaca a Norma operacional da Assistência à Saúde (NOAS) como uma tentativa ministerial para corrigir as distorções da chamada municipalização autárquica, empreendidas pelas sucessivas NOB's, entendendo que a NOAS instituiu mecanismos de fortalecimento da gestão estadual, de modo que a organização das redes de assistência bem como a responsabilidade pela pactuação e regulação caberia às Secretarias Estaduais de Saúde, reposicionando a função da esfera estadual.

Sobre a operacionalidade das normas e as reais contribuições para a descentralização da gestão em saúde, Costa, Pedrosa e Daron (2009) afirmam que há hoje um consenso de que as normas operacionais caminharam no rumo contrário a uma real descentralização, criando no sistema uma dependência da emissão de portarias ministeriais, caracterizando-se, por outro lado, pela centralização assinalada pelo privilégio no repasse dos recursos financeiros predestinados. Tais normas foram criticadas pela criação do sistema de habilitação dos

municípios que recaíram nas desigualdades de autonomia de gestão entre os municípios. As críticas também se estendiam às limitações dos planos municipais de saúde reduzidos à formalidade, uma vez que toda a dinâmica da fragmentação do financiamento fortalecia a verticalização do sistema e o engessamento da gestão.

Diante da discussão sobre a onda normativa que caracterizou a década de 90 e início do século XXI, o ano de 2003, do governo Lula, foi marcado por debates iniciais sobre a operacionalização e consolidação do SUS. Tais debates e discussões, se estenderam nos anos seguintes, envolveram as representações dos gestores do SUS (CONASS, CONASEMS) no âmbito das instâncias de pactuação (Comissões Bipartites e Tripartite) e resultaram no chamado Pacto pela Saúde 2006 (COSTA, PEDROSA e DARON, 2009).

De acordo com Fadel *et al* (2009) o Pacto se constitui em uma nova política, no contexto da descentralização, ainda em fase inicial de implementação, constitui uma realidade única e altamente viável à otimização das práticas nacionais em saúde pública, estando o seu cumprimento diretamente relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão.

Trevisan e Junqueira (2007) destacam o Pacto de Gestão e trazem à discussão o deslocamento do que eles chamam de “descentralização tutelada à gestão em rede”. Estes autores destacam a difícil convivência entre o princípio da descentralização com o conceito de rede, como ligação entre esferas diferenciadas de gestão e como o modo pelo qual o acesso a um direito é exercido em rede. Acrescentam que, no aspecto gerencial, a implantação do conceito de rede, enquanto uma arma eficiente para enfrentar a verticalização de estruturas decisórias, enfrenta "gargalos" operacionais e financeiros que impedem os diferentes atores das diferentes organizações de falarem a mesma "linguagem", o que para eles, a efetividade deste processo só será obtida no processo de construção de pactos de gestão, como modo de gerar "vínculos interorganizacionais”.

Assim, considerando o debate sobre o processo de descentralização na gestão do SUS, no contexto federativo, as críticas aos seus instrumentos operativos e obstáculos identificados nas políticas de gestão propostas, destacamos que a definição de funções e competências das instituições gestoras caracteriza-se como um processo inconcluso visto que tal definição está condicionada às mudanças políticas, econômicas e sociais mais gerais. Nesse sentido, consideramos importante avançar com a realização de estudos que permitam o aperfeiçoamento desse processo, com base nas experiências concretas desenvolvidas em cada

esfera de governo, a exemplo da instância municipal, espaço onde pode ser aplicado o instrumento de avaliação que apresentamos a seguir.

3 ELABORAÇÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO

Mediante a reflexão e análise das propostas aqui apresentadas e considerando que a dinâmica atual do SUS toma a instância federativa municipal como um ente dotado de autonomia política, administrativa e financeira e o coloca numa posição de protagonista da gestão do sistema em seu território, cabendo-lhe a execução de diversas funções, definimos 15 funções gestoras para a instância municipal.

QUADRO 2: Funções da gestão municipal do SUS - FGM/SUS, 2010.

FGM/SUS Nº 1 - Análise da situação/estado de saúde do município/da população do município ou avaliação da situação de saúde do município.
FGM/SUS Nº 2 - Promoção, educação e comunicação em saúde.
FGM/SUS Nº 3 - Coordenação e execução das ações da vigilância em saúde para a identificação precoce e o controle de doenças/agravos, riscos e danos à saúde.
FGM/SUS Nº 4 - Emergências em saúde pública e proteção e promoção da saúde de grupos com riscos e necessidades especiais.
FGM/SUS Nº 5 - Promoção e garantia da oferta/prestação direta e acesso universal e equitativo às ações e aos serviços de saúde de qualidade.
FGM/SUS Nº 6 - Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e programação em saúde.
FGM/SUS Nº 7 - Acompanhamento (coordenação e execução) e avaliação dos serviços e ações da atenção básica.
FGM/SUS Nº 8 - Gestão pública do sistema de saúde e gerência dos serviços de saúde.
FGM/SUS Nº 9 - Coordenação, negociação, regulação, controle, avaliação e auditoria de ações, bens e serviços e do sistema de saúde.
FGM/SUS Nº 10 - Gestão do trabalho e formação e desenvolvimento de recursos humanos/pessoas para o SUS.
FGM/SUS Nº 11 - Pesquisa científica, inovação e incorporação tecnológica em saúde.
FGM/SUS Nº 12 - Financiamento em saúde.
FGM/SUS Nº 13 - Processo de descentralização e fortalecimento da municipalização.

FGM/SUS Nº 14 - Participação e controle social em saúde.

FGM/SUS Nº 15 - Cooperação intermunicipal para o fortalecimento do processo de regionalização.

Fonte: Elaborada pela autora, 2010.

Para a denominação de cada FGM/SUS consideramos a aproximação entre os conteúdos das FESP/SUS, das funções descritas no Pacto de Gestão (2006) e da reflexão de Noronha e cols. (2005). Para isso, construímos uma matriz de análise (ver Apêndice B, quadro 3) a fim de inserir o conteúdo das propostas e daí buscar uma categoria que pudesse denominar cada função gestora.

Além da denominação de cada função da gestão municipal da saúde, a matriz de análise possibilitou a identificação, a partir do conteúdo das propostas distribuído nas suas colunas, das convergências, das divergências, das diferenças e das complementaridades, o que permitiu a reelaboração de funções para a gestão no âmbito municipal.

Algumas funções sofreram adaptações do formato da FESP estadual apenas recebendo especificação para a instância municipal, a exemplo a FGM/SUS Nº 1 (Análise da situação/estado de saúde do município/da população do município ou avaliação da situação de saúde do município) e a FGM/SUS Nº 11 (Pesquisa científica, inovação e incorporação tecnológica em saúde). Outras funções foram redefinidas, a exemplo da FGM/SUS Nº 6 (Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e programação em saúde) e FGM/SUS Nº 8 (Gestão pública do sistema de saúde e gerência dos serviços de saúde), por concordarmos com a associação entre o planejamento e a programação, como apresentada no documento do Pacto e por considerar importante a especificação da gestão pública e da gerência como uma função única e específica. Por outro lado, a função do financiamento não incorporado ao documento do CONASS, mas adotada por Noronha e cols. (2005) como macro-função gestora, foi incorporada no quadro de funções da instância gestora municipal - FGM/SUS Nº 12 (Financiamento em Saúde), função essa que havia sido legalmente incorporada enquanto responsabilidade gestora desde a publicação das Leis nº. 8.080 e 8.142.

Para cada função gestora (re) elaboramos algumas perguntas-mãe (PM) e subperguntas e construímos outras. Segundo o documento da OPAS, as PM “enunciam e problematizam as ações capazes de avaliar o desempenho do indicador pelos participantes”. E as subperguntas, “detalham ainda mais as capacidades específicas descritas do padrão de cada eixo/indicador” (BRASIL, 2007a, p. 39).

Para cada função da gestão municipal da saúde foi atribuída uma definição conceitual, a qual foi elaborada a partir do “glossário de termos do instrumento de avaliação” (BRASIL, 2007a, p. 225-248) e do “glossário de termos para o planejamento do fortalecimento” (BRASIL, 2007a, p. 249-257), além da utilização de conceitos definidos por autores e portarias específicas que correspondiam a cada função.

Para o levantamento e definição das ações/responsabilidades sanitárias pertinentes a cada função, utilizamos: o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a), em que constam as responsabilidades que cabem às esferas gestoras; o Instrumento de Auto-avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública (BRASIL, 2007a), que apresenta o item - “essa função inclui” - como definição e descrição do que cabe a cada função; e, recorremos a outros documentos, a exemplo a Política Nacional de Promoção da Saúde, para a FGM/SUS n. 2, a Política Nacional de Atenção Básica, para a FGM/SUS n. 7, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, para a FGM/SUS n. 15, além de outras publicações, como alguns volumes da *Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS* (BRASIL, 2007c) do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que foram úteis para as diferentes funções. A descrição das FGM/SUS com sua respectiva definição/conceito e ações/responsabilidades estão no apêndice C deste artigo.

3.1 VALIDAÇÃO DA PROPOSTA PRELIMINAR FGM/SUS

A validação da proposta preliminar FGM/SUS foi feita através de uma “Conferência do Consenso” - estratégia testada por Souza, Vieira da Silva e Hartz, (2005) e constituída a partir da análise de vantagens e desvantagens de outras técnicas de consenso (comitê tradicional; método Delfos, grupo nominal; júri simulado).

A Conferência de Consenso consta de três etapas: “o preenchimento individual de uma matriz por especialistas convidados; a discussão aberta entre os participantes; e uma nova resposta individual às questões postas na matriz” (SOUZA, VIEIRA DA SILVA e HARTZ, 2005, p. 69).

A realização da Conferência de Consenso para a validação da proposta FGM/SUS, contou com a participação de especialistas convidados. Para a avaliação das 15 funções - FGM/SUS, distribuimos as funções em cinco grupos, e cada grupo de funções foi submetido à

apreciação por três especialistas, de modo a agrupar, dentro do possível, um participante da Equipe de Adaptação do Instrumento para auto-avaliação das FESP/SUS para a Gestão Estadual, um docente e pesquisador na área de Gestão em Saúde e uma pessoa que vive ou viveu a experiência em Gestão Municipal da Saúde.

A distribuição das funções por grupos seguiu critérios de aproximação temática, quantidade de eixos e perguntas e tempo estimado para a apreciação e preenchimento das matrizes. Para a seleção dos especialistas para participar da Conferência, consideramos o envolvimento (experiência, desenvolvimento de estudos e pesquisas) destes com as funções que lhes coube avaliar.

Desse modo, considerados os critérios de avaliação para as funções definidos por nós, e mediante a afirmação de Almeida-Filho e Rouquayrol (1990, p. 141) que a confiabilidade²² da avaliação de um instrumento é conferida pela “equivalência do julgamento do mesmo instrumento por dois ou mais juízes” e que, para obter a confiabilidade da avaliação “supõe que os distintos avaliadores teriam o mesmo fundamento para fazer as respectivas avaliações e que a variação encontrada entre os julgamentos será devida ao instrumento”, pode-se afirmar que ao instrumento de auto-avaliação para a gestão municipal da saúde, por nós proposto, foi conferido a confiabilidade da avaliação.

A partir da seleção dos especialistas, enviamos, por via eletrônica, uma carta de apresentação constando o convite/solicitação para a apreciação da proposta preliminar FGM/SUS e as matrizes das funções para serem apreciadas, juntamente com um instrutivo sobre o preenchimento e a forma de avaliar cada função.

Passados vinte dias de envio da proposta aos especialistas convidados, prazo dado para a avaliação e o retorno das respostas, e com a resposta de apenas quatro especialistas, estabelecemos novo contato a fim de lembrar aos mesmos o retorno das funções avaliadas. Passados quatro meses, e a partir das contribuições de dezoito especialistas participantes, agrupamos as avaliações recebidas e analisamos os resultados adquiridos. Destacamos que não incluímos na operacionalização desta técnica de consenso, o contato entre os especialistas

²² Quanto a confiabilidade Almeida-Filho e Rouquayrol (1990, p. 40) definem como a capacidade de um instrumento não variar em seus resultados, sendo utilizado por diferentes operadores ou em distintos momentos. Portanto, a confiabilidade marca a variação da medida, mede a precisão da mensuração sendo assim uma qualidade exclusiva dos instrumentos de coleta de dados. Quando se diz que os dados de um instrumento têm uma “confiabilidade muito boa”, refere-se à correspondência das resultados/respostas por diferentes leitores ou em momentos distintos. “Quando há equivalência dos resultados de uma mesma aplicação do instrumento por diferentes entrevistadores, chama-se de confiabilidade da aplicação, entretanto, quando há equivalência do julgamento do mesmo instrumento por dois ou mais juízes tem o nome de *confiabilidade da avaliação*”.

para a discussão aberta das propostas. A análise foi desenvolvida individualmente por cada especialista convidado, entretanto todas as observações pertinentes às mesmas funções foram consideradas e analisadas em conjunto a fim de identificar possíveis divergências e a necessidade de re-envio daquela função para nova resposta individual às questões postas, alcançando deste modo, a terceira e última etapa da Conferência de Consenso.

Poucos especialistas solicitaram esclarecimentos, os quais foram respondidos a tempo de retornarem com a avaliação das matrizes. Diante das situações, ainda que poucas, em que o grupo de funções foi enviado e o especialista retornou apenas uma ou duas das funções, foi feito novo contato para solicitar que concluísse as que restavam, no entanto, sem o retorno, buscamos contatos de outros. Vale destacar que alguns especialistas convidaram pessoas do seu grupo de estudo e das suas relações de trabalho para fazerem a avaliação das matrizes e que consideravam ter maior aproximação com a função avaliada, o que foi um ponto positivo e que ampliou o número de avaliadores previstos.

Do total de 18 especialistas participantes deste estudo, a maioria são mulheres, tendo a participação de apenas seis *experts* do gênero masculino. Embora de diferentes formações profissionais, o comitê para participar da Conferência foi constituído não intencionalmente por profissionais, em sua maioria, de formação médica e da enfermagem, e a maioria com titulação mínima de Mestrado. Quanto à inserção profissional dos especialistas, foi possível verificar um caráter híbrido na maioria dos casos, visto que estes estão inseridos tanto na pesquisa, quanto na gestão, poucos possuindo uma única inserção. Desse modo, todos os especialistas participantes estão envolvidos com o debate da construção e implantação do SUS seja através do exercício da gestão pública na esfera municipal, estadual ou federal, seja através da docência.

A apreciação da matriz pelos especialistas convidados resultou na expressão sobre o grau de concordância para cada eixo/indicador e pergunta. Os especialistas fizeram a marcação da letra “X” na coluna de “grau de concordância” em uma das duas opções: “SIM”, quando seu grau de concordância foi total e “NÃO” quando não concordaram ou discordaram parcialmente. No caso da discordância parcial, foi utilizado por alguns especialistas a coluna “OBSERVAÇÕES”, onde apontaram considerações e sugestões. Alguns especialistas também fizeram alteração no corpo (redação) do texto. A avaliação das funções a partir do preenchimento das matrizes revelou o consenso ou o dissenso sobre as funções da Gestão Municipal, bem como sobre cada eixo/indicador e pergunta.

4 ANÁLISE DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO INSTRUMENTO

O processo de construção do instrumento para auto-avaliação da gestão municipal, descrito no item anterior, suscita a análise e discussão de alguns aspectos metodológicos e operacionais. Nesse sentido, é possível analisar as escolhas realizadas desde a elaboração dos eixos, perguntas e subperguntas até os resultados da validação pelos especialistas convidados. Para isso, tomamos por referência as noções de *precisão*, *objetividade* e *validade*, extraídas da revisão de literatura específica sobre a construção de instrumentos de produção de dados e informações no campo da saúde.

Para discutir a precisão e a validade, Almeida-Filho e Rouquayrol (1990, p. 28) utilizam-se da metáfora do “tiro ao alvo” proposta por Moore (1985) cuja relevância manifesta-se “na possibilidade de implicar o atirador pelo grau de precisão do tiro (e o aplicador pela sua medida) e a díade arma-atirador (ou aplicador-instrumento) pelo grau de validade”. Desse modo, para os autores, o desenho do alvo corresponde aos sistemas de classificação disponíveis, que neste estudo, se refere às distintas perguntas correspondentes às funções de gestão municipal e que por dificuldades e facilidades determinarão a ocorrência de variação no reconhecimento da viabilidade e operacionalização da gestão.

À precisão acrescenta-se a questão da objetividade, visto que, no caso do instrumento proposto, a precisão e objetividade das perguntas facilitam a utilização deste instrumento de modo a permitir o alcance do seu objetivo que é direcionar o gestor do sistema municipal no desenvolvimento de suas atribuições a partir da reflexão e avaliação das ações desenvolvidas. Assim, sua utilização propiciará a identificação de prioridades bem como o direcionamento para intervenções de medidas urgentes com vistas a contribuir para o estabelecimento do quadro sanitário, político e organizacional dentro dos preceitos do SUS.

Para Polit *et al* (2004) quando se submete um instrumento ao procedimento de validação, na realidade não é o instrumento em si que está sendo validado, mas o propósito pelo qual o instrumento está sendo usado. Assim, o conceito de validade é abordado como sendo o grau em que um instrumento mostra-se apropriado para mensurar o que supostamente ele deveria medir. Destarte, o grau de concordância obtido na aplicação do instrumento confere validade ao consenso.

No processo de validação do instrumento, foram feitas algumas observações e sugestões pelos especialistas que compuseram o comitê para a validação da proposta

preliminar de auto-avaliação para a gestão municipal do SUS que, de modo geral, consideraram pertinente todo o instrumento. As observações apresentadas foram, na sua maioria, de forma e com raras sugestões sobre o conteúdo (ver quadro demonstrativo das reflexões feitas a partir das contribuições dos especialistas na avaliação das funções, no Apêndice D).

Alguns especialistas sugeriram substituições de termos, em especial aqueles termos ou palavras que traziam uma dimensão “*subjetiva*” (exemplo: “*rapidamente*”, “*suficiente*”). Parte dos especialistas sugeriu a padronização no uso de algumas palavras, bem como, recomendaram a unificação de perguntas com mesmo sentido e a exclusão de termos repetidos e/ou em excesso.

Apenas uma função sofreu alteração em sua denominação. A FGM/SUS Nº 2, na sua versão preliminar, foi nomeada “Promoção, educação e comunicação em saúde”. Uma das diretrizes da Política de Promoção da Saúde (Portaria Ministerial nº 687, de 30 de março de 2006) se refere à comunicação, em que consideram as metodologias participativas e o saber popular e tradicional, como meios para a divulgação e informação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde. Para a implementação desta política faz-se necessário, dentre outras ações, o apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação e comunicação em saúde e, a inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS (BRASIL, 2006b). Assim, considerando as proposições e diretrizes desta política e com base na sugestão de um especialista de que as ações de comunicação estão contempladas na Política de Promoção da Saúde, concordamos com a exclusão do termo “comunicação” de modo que tal função teve sua denominação modificada para “Promoção da Saúde e Educação para a Saúde”.

Outra função que merece destaque nesse capítulo de discussão é a FGM/SUS Nº 5 que despertou, a partir da consideração de um especialista, a reflexão sobre a avaliação nos seus vários aspectos: avaliação da satisfação; avaliação da efetividade; avaliação do acesso e avaliação da qualidade. Sob o ponto de vista deste especialista a avaliação da satisfação é “*bastante polêmica e discutível*”, sendo necessária ao município e, particularmente, uma função do gestor a oferta de ações voltadas para a reorganização dos serviços com o fim de facilitar o acesso e o acolhimento dos usuários. Sobre a avaliação do acesso, trouxe a observação de que é um processo que “*pode ser longo e não resultar em processos ágeis para a tomada de decisão*”, sendo suficiente o desenvolvimento de uma análise a partir de indicadores de monitoramento e cobertura. Quanto à avaliação da efetividade, pontuou que

não é algo simples para ser conduzido pela gestão municipal e sugeriu como substituição, o termo “*monitoramento através de indicadores*”. Sobre a avaliação do acesso, também sugeriu a substituição por termo mais viável como “*monitorar a cobertura, investigando razões para baixa cobertura, caso existam*”. E, quanto à avaliação da qualidade, cuja matriz faz referência à qualidade dos serviços de saúde e à qualidade da informação, não concordou com a expressão “qualidade da informação”, visto que, sob seu ponto de vista, tal expressão deve ser referida como o “*monitoramento das informações que tem o papel de identificar possíveis falhas e inconsistências e buscar essas correções*”. Nesse sentido, do ponto de vista desse especialista, o eixo/indicador 5 que explicita sobre a avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde deveria ser excluído. Tal exclusão também procede na FGM/SUS N° 7, pergunta 5.3, sob o ponto de vista desse especialista. Para sustentar seus posicionamentos sobre a discussão provocada sobre a avaliação, esse *expert* refere que “*satisfação do usuário é uma área que sofre diversas influências como revela os estudos de Esperidião 2007, 2008 e 2009*”.

Na discussão sobre a avaliação e as diferentes designações²³ dadas a este termo, Vieira da Silva e Formigli (1994, p. 81) afirmam que o “primeiro problema enfrentado por aqueles que procuram tratar a avaliação de forma sistemática é a enorme diversidade terminológica encontrada nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que concerne aos seus atributos ou componentes”. Tal variedade de definições, segundo as autoras, está relacionada ao complexo objeto, avaliação em saúde, cujos desdobramentos derivam das diferentes concepções sobre saúde e práticas de saúde.

A avaliação da qualidade desperta muitas discussões visto que o termo qualidade, pela sua abrangência, resulta de uma composição a partir de outras características do objeto a ser avaliado. Além do termo qualidade, os termos efetividade, eficiência e eficácia²⁴ como também a satisfação do usuário têm diferentes abordagens por diferentes autores. Vieira da

²³ Os atributos da avaliação referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social e podem ter diferentes agrupamentos: “a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos das ações (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade)” (VIEIRA DA SILVA e FORMIGLI, 1994, p. 81). A utilização dessas noções varia entre os autores estudiosos do tema.

²⁴ Eficaz é o “que produz o efeito desejado”; eficiência é a “ação, força, virtude de produzir um efeito”; e efetivo é o “que se manifesta por um efeito real”. A qualidade tem sido definida como “efeito” (DONABEDIAN, 1980); a efetividade, como qualidade (FREEBORN & GREENLICK, 1973). Tanto a eficácia como a efetividade têm sido definidas em relação ao cumprimento de objetivos propostos (RUNDALL, 1992; RODRIGUES & TORRES, 1982). A efetividade tem sido vista, ainda, como um atributo composto pela eficiência e pela eficácia (CAMPOS, 1988).

Silva e Formigli (1994) afirmam que a satisfação do usuário diz respeito à percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre o cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente, das representações do usuário sobre o processo saúde-doença, da sua relação com os aspectos da infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.) e com as amenidades (ventilação, conforto, etc.) (VIEIRA DA SILVA E FORMIGLI, 1994), além de outras dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade e estrutura organizacional (ESPERIDIÃO E TRAD, 2005). Para Murray, Kawabata e Valentine (2001), os inquéritos de satisfação não refletem necessariamente as variações na forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema, o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados é influenciada pela subjetividade do conceito de qualidade e pela expectativa do usuário, o que em muitas situações dificulta este tipo de avaliação.

Considerando a discussão sobre os variados termos da avaliação, concordamos com Vasconcellos (2003, p. 318) que “os programas na área de saúde devem ter a avaliação como pressuposto básico ao planejamento e execução das ações, já que devem refletir as necessidades e insatisfações dos diversos grupos ou de determinado grupo social”, por meio da implementação de medidas e ações que os solucionem, mas que, segundo Souza (2003) a incorporação da avaliação continua sendo um desafio para instrumentalizar as práticas e os processos decisórios de gerência e de gestão em saúde.

Assim, diante das reflexões sobre tais sugestões e considerando as proposições teóricas sobre a avaliação em saúde, decidimos pela não exclusão do eixo 5 da FGM/SUS Nº 5, entretanto fizemos adequações no conteúdo da matriz e substituições de termos que não comprometem o conteúdo das perguntas propostas, ao contrário, os tornam mais claras e objetivas de modo a facilitar o entendimento dos gestores que utilizarem tal matriz para a auto-avaliação da gestão no município de sua atuação. E, quanto à pergunta-mãe 5.3 da FGM/SUS Nº 7, que aborda sobre a criação de oportunidades reais para que a população possa avaliar os serviços, decidimos pela alteração da parte da pergunta que se referia à manifestação sobre o grau de satisfação dos usuários com os serviços.

Dentre os questionamentos apresentados pelos especialistas convidados, dois merecem ser trazidos para a discussão. Um especialista fez menção a heterogeneidade dos municípios brasileiros e trouxe à reflexão a aplicabilidade do instrumento. De fato, o Brasil tem pouco mais de 190 milhões de habitantes (IBGE, 2010) distribuídos em mais de 5.560 municípios, dos quais cerca de 4 mil têm menos de 20 mil habitantes, aproximadamente 1.300 têm entre

20 e 100 mil habitantes e 230 têm mais de 100 mil habitantes (MACHADO, 2009). Ademais, os municípios apresentam diversidades em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional do Estado, condições essas que implicam em diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, diante da complexidade e de contradições no enfrentamento dessas realidades (OLIVEIRA, 2003). O outro questionamento apontado por alguns especialistas foi concernente ao alto padrão do instrumento de auto-avaliação. Dois deles pontuaram que o instrumento proposto para a auto-avaliação do SUS representa um “*padrão-ouro*”²⁵ sendo aplicável aos municípios de grande porte, o que pode limitar sua utilização pelos gestores de instâncias municipais de pequeno e médio porte ou graus de complexidade distintos.

Diante dos questionamentos dos especialistas sobre a aplicabilidade do instrumento, em virtude da diversidade dos municípios no país, e o alto padrão do instrumento proposto, afirmamos que, de fato, podem surgir limites operacionais na utilização do instrumento, visto que o mesmo não considera a classificação do município segundo o “porte” ou complexidade municipal, o que pode gerar dúvidas sobre as funções e responsabilidades que cabem aos diferentes municípios considerando a complexidade estrutural e organizacional de cada um.

5 COMENTÁRIOS FINAIS

O instrumento proposto inclui todas as funções que competem ao gestor no âmbito municipal, consideradas as proposições teóricas e as normativas estabelecidas até o momento pelo Ministério da Saúde, sendo possível caracterizá-lo como padrão-ouro, mas que poderá ser alterado ou mesmo substituído ao longo do tempo e com as novidades que poderão ser incorporadas sobre este tema.

Além do instrumento propriamente dito, e como produto deste artigo, também, elaboramos um “Manual para a utilização do Instrumento de Auto-avaliação para a Gestão

²⁵ O padrão-ouro refere-se a um teste padrão que serve de comparação por parte de outros testes, com a finalidade de avaliar a exatidão dos mesmos, em resultados que nos assegurem o máximo de acertos de forma a estabelecer o diagnóstico real (DICIONÁRIO..., 2010). Em Medicina, o teste padrão-ouro se refere a um diagnóstico de ensaio ou de referência, que é considerado definitivo, até que surjam novos métodos diagnósticos e tal padrão não seja mais aceito (WIKIPÉDIA, 2010).

Municipal do SUS (FGM/SUS)” em que constam os passos que devem ser seguidos para a realização das oficinas de utilização deste instrumento (Apêndice E).

Asseveramos que a utilização do instrumento, enquanto uma tecnologia de gestão, independente de critérios classificatórios, permitirá aos gestores a identificação das potencialidades (pontos fortes) e das fragilidades (pontos fracos) como meio de possibilitar/oportunizar a reflexão e o planejamento de ações para a melhoria do próprio desempenho e fortalecimento da Gestão do Sistema de Saúde. As funções bem como as respectivas definições, ações e atividades poderão servir para o direcionamento das práticas e ações do gestor no sentido de fortalecer o SUS municipal com base nos ideais propostos pela Reforma Sanitária que buscam promover a democratização do setor, direcionando o reordenamento do sistema de saúde brasileiro. Além do que, também poderá servir como um “instrumento apoiador para a elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão” (CATANELLI, 2009) definidos no Pacto pela Saúde.

Finalmente, acreditamos que este estudo contribui para a consolidação de linha de pesquisa voltada para as funções e atribuições dos gestores das esferas municipais de gestão descentralizada do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. **Os Barões da Federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____. A reconstrução das funções governamentais no federalismo brasileiro. In: MENICUCCI, T. M. G. **Relações intergovernamentais e cooperação**: a experiência da regionalização na assistência à saúde. Fundação João Pinheiro. Disponível em: cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. In: MENICUCCI, T. M. G. **Relações intergovernamentais e cooperação**: a experiência da regionalização na assistência à saúde. Fundação João Pinheiro. Disponível em: cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos. Acesso em: 05 dez. 2010.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**. São Paulo: FGV, 2005.

ABRÚCIO, F. L.; FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas**: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. 2007. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles>. Acesso em: 10 dez. 2010, 19p.

ABRUCIO, F. L.; SOARES, M. M. **Redes federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. A definição de caso na Epidemiologia. In: _____. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador-Rio de Janeiro: Apce-Abrasco, 1990, p. 27-47.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr-jun., 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007a, 262 p.

_____. _____. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, v. 12, 2007b.

_____. _____. **Coleção Progestores**. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, vols. 2-10, 2007c.

_____. **Constituição**. República Federativa do Brasil. Salvador: EGBA, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, v. 1, 2006a.

_____. _____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Portaria MS No. 545, 20 de maio de 1993**. Brasil. Diário Oficial da União 1993.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BURGESS, M. Federalism as Political Ideology: Interests, Benefits and Beneficiaries in Federalism and Federation. 1993. In: ABRÚCIO, F. L.; FRANZESE, C. **Federalismo e políticas públicas**: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. 2007. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles>. Acesso em: 10 dez. 2010, 19p.

CAMPOS, F. E. Resolutividade - Uma aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

CATANELLI, R. **Funções Essenciais**. IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Recife, 01 de novembro de 2009.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, Rio de Janeiro, 2001.

COSTA, A. M.; PEDROSA, J. I.; DARON, V. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. In: BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Curso de Qualificação para a Gestão Regionalizada do SUS-BA. Módulo III. Guia de orientações aos Educandos (as)**. Salvador, 2009, p. 64-100.

DICIONÁRIO *on line*. **Padrão-ouro**. Disponível em: www.dicio.com.br/padrao-ouro. Acesso em 10 dez. 2010.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

ESPERIDIÃO, M. ; TRAD, L. A. B. - Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, (S10); p. 303-312, 2005.

FADEL, C. B. *et. al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p. 445-456, mar-apr, 2009.

FREEBORN, D. K.; GREENLICK, M. R. Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico. Cidades @**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 24 dez. 2010.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? Revista Brasileira de Ciências Sociais. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, out, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **Relações intergovernamentais e cooperação**: a experiência da regionalização na assistência à saúde. Fundação João Pinheiro. Disponível em: cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos/22_7_2008_16_39_28.pd. Acesso em: 05 dez. 2010.

MOORE, D. Statistics - Concepts and Controversies. In: ALMEIDA-FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. A definição de caso na Epidemiologia. In: _____. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador-Rio de Janeiro: Apce-Abrasco, 1990, p. 27-47.

MURRAY, C. J. L.; KAWABATA, K; VALENTINE, N. People's Experience versus People's Expectations. Satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researchers. **Health Affairs**, 20(3): 21-4, 2001.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. In: 2ª Conferência Nacional de Ciência, tecnologia e inovação em saúde, 2004. **Anais Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência e Tecnologia. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 45-94.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? Revista Brasileira de Ciências Sociais. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, out., 2009.

MATUS, C. **Los 3 cinturones del gobierno**. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción**. Washington: 2002.

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador : CEPS – ISC, 2002a.

_____. A Universidade e a Reforma Sanitária. In: PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador : CEPS - ISC, 2002b, p. 121-137.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: POLIT, D. F; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.167-98.

RODDEN. J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. In: MENICUCCI, T. M. G. **Relações intergovernamentais e cooperação: a experiência da regionalização na assistência à saúde**. Fundação João Pinheiro. Disponível em: cienciapolitica.servicos.ws/abcp2008/arquivos. Acesso em: 05 dez. 2010.

RODRIGUES, W. W.; TORRES, V. R. Contribuição ao desenvolvimento do processo de Avaliação em Serviços de Saúde. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

RUNDALL, T. G. Health planning and evaluation. In: VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

SOTER, A. P. M. *et al.* **O Papel da Esfera Estadual na Gestão Descentralizada do Sistema Único de Saúde**: Consenso entre especialistas. IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 31 out. a 04 nov. 2009.

SOUZA, L. E. P. F. de; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. de A. Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 65-102.

SOUZA, M. K. B. de. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização:** perspectiva de enfermeiras. 109 f. Dissertação de Mestrado (Mestranda em Enfermagem - Organização e Avaliação dos Sistemas de cuidado à Saúde) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2007 (Mimeo).

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de Responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 15-58.

TEIXEIRA, C. T.; MOLESINI, J. A. Gestão Municipal do SUS: Atribuições e responsabilidades do gestor do Sistema e dos gerentes de Unidades de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 26, n. 1,2, p. 29-40, jan-dez, 2002.

TEIXEIRA, C. T. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, 14(2), p. 429-435, 1998.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (4), p. 893-902, 2007.

VASCONCELLOS, A. M. M. Uma análise do processo de implantação dos centros de referência para o tratamento da retinopatia diabética na rede de serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil em 2000/2001. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 317-354.

VIANA, A. L. d’A.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2002a.

VIANA, A. L. d’A. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18 (suplemento), p. 139-151, 2002b.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10 (1), p. 80-91, jan-mar, 1994.

WIKIPÉDIA. **Padrão-ouro**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki>. Acesso em 10 dez. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO E INSTRUTIVO AOS ESPECIALISTAS



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

Assunto: Solicitação e Instruções para Apreciação da Pertinência dos Indicadores/eixos e Perguntas a serem incluídas na Matriz – FGM/SUS (Funções da Gestão Municipal do SUS)

Salvador, 08 de maio de 2010

Caro Senhor (a),

Eu, Mariluce Karla Bomfim de Souza, doutoranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, estou desenvolvendo uma investigação sobre a Gestão do SUS no âmbito municipal, sob a orientação do Profa. Dr^a. Carmen Fontes Teixeira.

A fase inicial dessa pesquisa contempla a elaboração de um instrumento de auto-avaliação sobre as Funções da Gestão Municipal em Saúde cuja versão preliminar precisa ser validada por um Comitê de Especialistas na área. Seu nome foi incluído na relação dos participantes desse Comitê, dada sua experiência em pesquisa e gestão de sistemas de saúde em nosso país. Portanto, venho por meio desta, convidá-lo a apreciar a pertinência das perguntas que foram incluídas na versão preliminar da Matriz FGM/SUS, mediante a expressão do seu grau de concordância quanto a redação de cada eixo/indicador e pergunta.

Sendo assim, solicito ao (a) senhor (a) a marcação da letra “X” na coluna de “GRAU DE CONCORDÂNCIA” a qual apresenta duas opções: “SIM”, quando seu grau de concordância for total e “NÃO” quando não concordar ou discordar parcialmente. No caso da discordância parcial, solicito que utilize a coluna “OBSERVAÇÕES”, à direita da matriz, para fazer alguma consideração ou sugestão. O (a) senhor (a) poderá fazer alguma alteração na redação do texto, se assim desejar. Antecipo que o preenchimento de cada matriz não tomará mais que 30 minutos.

Finalmente, solicito o retorno das matrizes analisadas para o e-mail: marilucejbv@yahoo.com.br, no prazo máximo de 20 (vinte) dias contados a partir do recebimento das mesmas.

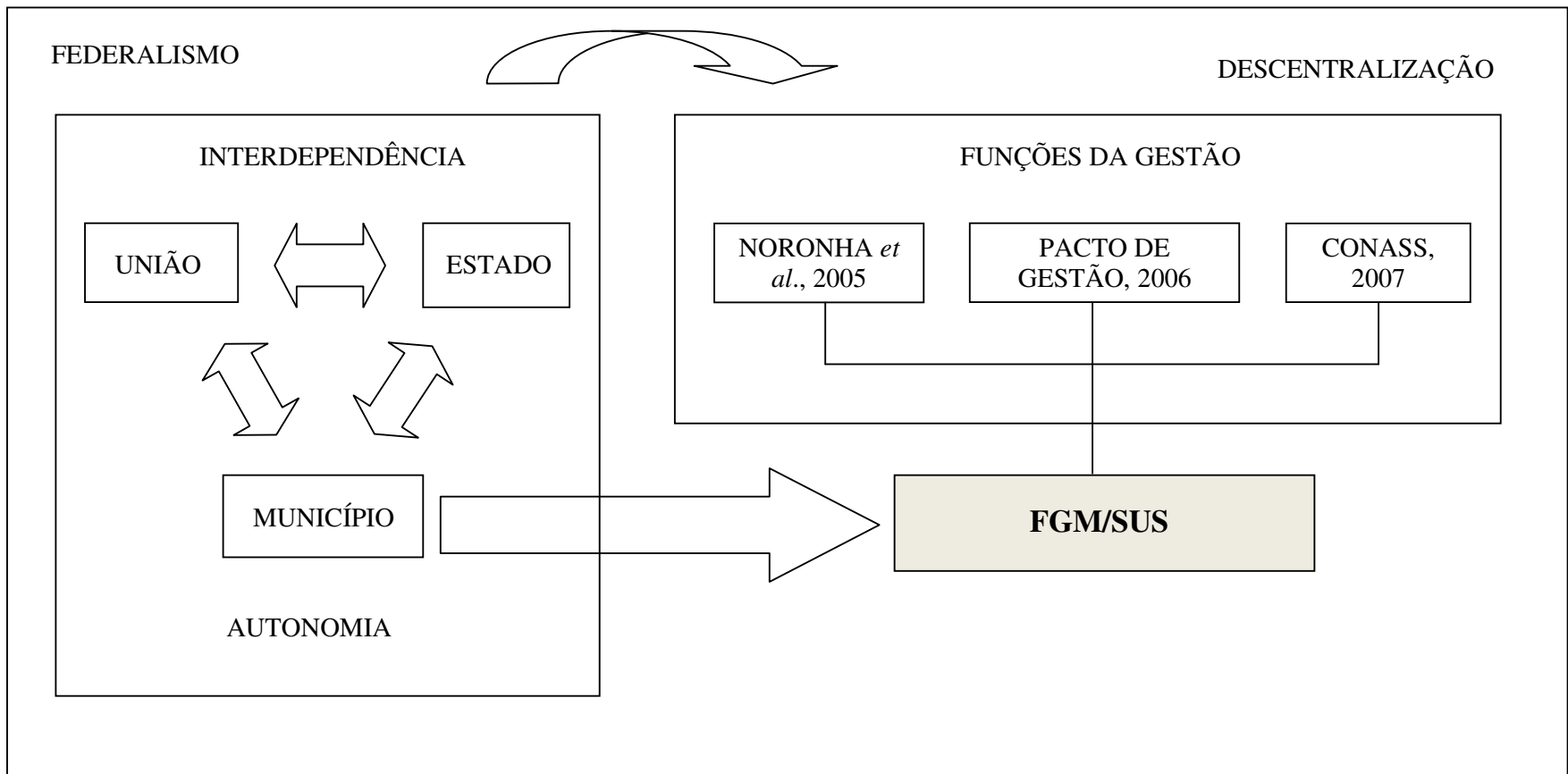
Respeitosamente,

Mariluce Karla Bomfim de Souza
marilucejbv@yahoo.com.br
Telefones para contato:
71. 8871 3588 / 71. 3328 4436

Carmen Fontes Teixeira
carment@ufba.br

APÊNDICE B

FIGURA 1: Modelo Teórico para a compreensão do processo de elaboração das Funções Gestoras do SUS no âmbito municipal (FGM/SUS).



Fonte: Elaborada pela autora, 2011.

QUADRO 3: Matriz de análise das propostas para a definição das Funções da Gestão Municipal da Saúde, 2009.

	PROPOSTAS			Conver- gências	Diver- gências	Diferen- ças	Comple- mentari- dades	Síntese Horizontal
	FESP / OPAS	PACTO DE GESTÃO	NORONHA, LIMA E MACHADO					
Sínte- se verti- cal								Categoria analítica/ FUNÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

Fonte: Adaptada pela autora.

QUADRO 4: Versão preliminar da matriz FGM/SUS.

FGM/SUS N. -

Nº	EIXOS/INDICADORES	GRAU DE CONCORDÂNCIA		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	Eixo/indicador Padrão: A Gestão Municipal do SUS:			
1.1	Pergunta-mãe			
1.1.1	Caso afirmativo: 1.1.1 Subperguntas			
2.	Eixo/indicador Padrão: A Gestão Municipal do SUS:			
2.1	Pergunta-mãe			
2.1.1	Caso afirmativo: 1.1.1 Subperguntas			
2.2				
2.2.1				

Fonte: Elaborado pela autora.

QUADRO 05: Distribuição das FGM/SUS por grupo.

GRUPO 1	FGM/SUS Nº 1 - Análise da situação/estado de saúde do município/da população do município ou avaliação da situação de saúde do município. FGM/SUS Nº 2 - Promoção da Saúde e Educação para a Saúde FGM/SUS Nº 3 - Coordenação e execução das ações da vigilância em saúde para a identificação precoce e o controle de doenças/agravos, riscos e danos à saúde. FGM/SUS Nº 4 - Emergências em saúde pública e proteção e promoção da saúde de grupos com riscos e necessidades especiais.
GRUPO 2	FGM/SUS Nº 5 - Promoção e garantia da oferta/prestação direta e acesso universal e equitativo às ações e aos serviços de saúde de qualidade. FGM/SUS Nº 7 - Acompanhamento (coordenação e execução) e avaliação dos serviços e ações da atenção básica. FGM/SUS Nº 13 - Processo de descentralização e fortalecimento da municipalização.
GRUPO 3	FGM/SUS Nº 6 - Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e programação em saúde. FGM/SUS Nº 9 - Coordenação, negociação, regulação, controle, avaliação e auditoria de ações, bens e serviços e do sistema de saúde. FGM/SUS Nº 14 - Participação e controle social em saúde.
GRUPO 4	FGM/SUS Nº 10 - Gestão do trabalho e formação e desenvolvimento de recursos humanos/pessoas para o SUS. FGM/SUS Nº 11 - Pesquisa científica, inovação e incorporação tecnológica em saúde.
GRUPO 5	FGM/SUS Nº 8 - Gestão pública do sistema de saúde e gerência dos serviços de saúde. FGM/SUS Nº 12 - Financiamento em saúde. FGM/SUS Nº 15 - Cooperação intermunicipal para o fortalecimento do processo de regionalização.

Fonte: Elaborado pela autora.

**APÊNDICE C - DESCRIÇÃO DAS FGM/SUS COM SUA RESPECTIVA
DEFINIÇÃO/CONCEITO E AÇÕES/ATIVIDADES/RESPONSABILIDADES**

FGM/SUS	DEFINIÇÃO/CONCEITO	ESSA FUNÇÃO INCLUI
FGM/SUS Nº 1 - Análise da Situação/ Estado de Saúde da População no Município.	Processo de “identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população com o objetivo de conhecer as necessidades sociais de saúde”, os condicionantes e determinantes da ocorrência de fenômenos ou fatos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, a fim de determinar prioridades de ação, tomar decisões e estabelecer cursos de ação voltados à melhoria da saúde individual e coletiva (TEIXEIRA, 2001; BRASIL, 2007a).	<p>Caracterização do perfil epidemiológico da população;</p> <p>Identificação das necessidades de saúde da população e desigualdades nos riscos, nos danos e no acesso aos serviços de saúde;</p> <p>Avaliação da situação, de tendências e determinantes de saúde do município, dos riscos de saúde e da demanda por serviços de saúde;</p> <p>Capacidade técnica e recursos tecnológicos, métodos e instrumentos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde.</p>
FGM/SUS Nº 2 - Promoção da Saúde e Educação para a Saúde	Articulação do conjunto de fatores estruturais e históricos, e do conjunto de conhecimentos, comportamentos e valores que determinam e condicionam a ocorrência e a distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença-cuidado do indivíduo, grupos e populações, dirigidos à mudança de condutas e estilos de vida, mediante a participação em processos de formulação e implementação de uma política transversal, integrada e intersetorial que tenha como objetivo o uso e a disseminação da informação para o processo de tomada de decisões e a operacionalização e aperfeiçoamento das práticas de saúde (BRASIL, 2007a; Política de Promoção da Saúde, Portaria Ministerial nº 687, de 30 de março de 2006).	<p>Implantação e implementação da Política de Promoção da Saúde e das políticas e ações de educação e comunicação em saúde no âmbito do município;</p> <p>Gestão da Política de Promoção da Saúde, orientados pela educação, informação e comunicação em saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política, participando no seu financiamento;</p> <p>Estímulo a mudanças nos estilos de vida, nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”;</p> <p>Desenvolvimento das ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis;</p> <p>Reorientação do sistema e dos serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção e educação em saúde;</p> <p>Formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção, educação e comunicação em saúde;</p> <p>Fortalecimento de alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção e educação em saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas.</p>
FGM/SUS Nº 3 - Coordena-	Instituições e práticas envolvidas na realização de ações de vigilância em saúde,	<p>Identificação de riscos e agravos à saúde;</p> <p>Coordenação dos sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do</p>

<p>ção e Execução das Ações da Vigilância em Saúde para a Identificação Precoce e o Controle de Doenças/Agravos, Riscos e Danos à Saúde</p>	<p>podendo-se distinguir sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, vigilância sanitária de alimentos, produtos e serviços de saúde, vigilância ambiental da qualidade da água, do solo e do ar e vigilância de ambientes e condições de trabalho, tendo como proposta a busca de integralidade do cuidado à saúde e a identificação precoce, controle e avaliação de riscos, danos e agravos à saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c, v. 6).</p>	<p>trabalhador;</p> <p>Implantação e implementação de programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos, riscos e danos à saúde;</p> <p>Execução, em caráter suplementar, das ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco e, em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória;</p> <p>Existência de área de vigilância ambiental estruturada capaz de coordenar no âmbito do município o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde;</p> <p>Existência de infra-estrutura para coordenar a implantação dos sistemas de vigilância no âmbito do município;</p> <p>Execução das ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços;</p> <p>Coordenação da rede municipal de laboratório de saúde pública nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes;</p> <p>Fortalecimento da capacidade de vigilância no nível local para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de problemas de saúde ou riscos específicos.</p>
<p>FGM/SUS Nº 4 - Emergências em Saúde Pública e Proteção e Promoção da Saúde de Grupos com Riscos e Necessidades Especiais</p>	<p>Desenvolvimento de ações de controle às situações de emergência em Saúde Pública, como os danos causados por algum desastre natural ou provocado pela ação humana, e promoção e proteção à saúde de grupos vulneráveis e portadores de necessidades especiais, através de adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida, e intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e as particularidades a que cada grupo ou segmento populacional está exposto (BRASIL, 2007a; BRASIL,</p>	<p>Coordenação e execução das ações de promoção e proteção da saúde de grupos vulneráveis e portadores de patologias e necessidades especiais através de adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida;</p> <p>Desenvolvimento de ações de intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e as particularidades a que cada grupo ou segmento populacional está exposto;</p> <p>Implantação e implementação de programas e ações de redução do impacto e controle das situações de emergência e desastres em Saúde Pública;</p> <p>Execução das ações de vigilância, investigação e controle de situações de emergência e desastres em Saúde Pública;</p> <p>Existência de área e infra-estrutura para coordenar a implantação da vigilância às situações de emergências e desastres, com definição e estabelecimento de normas, padrões, fluxos técnico-</p>

	2007c, v. 6).	operacionais, supervisão e avaliação das ações executadas no âmbito municipal; Fortalecimento da capacidade de vigilância no nível local para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de emergências e desastres.
FGM/SUS Nº 5 - Promoção e Garantia da Oferta/ Prestação Direta e Acesso Universal e Equitativo às Ações e aos Serviços de Saúde de Qualidade	Conjunto de esforços desenvolvidos com o fim de amenizar as barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços, no sentido de garantir a aproximação e entrada dos usuários nos serviços de saúde da rede própria, contratada e/ou conveniada, sendo estes orientados para a promoção da equidade, igualdade no acesso aos serviços de saúde local e universalidade, com a garantia das ações e serviços de saúde de qualidade e com capacidade resolutiva (BRASIL, 2007a).	Prestação direta de ações e serviços de saúde; Expansão da rede de serviços próprios; Promoção e garantia da equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde; Desenvolvimento de ações para superar barreiras de acesso às intervenções de prevenção e promoção da saúde e para garantir o acesso aos serviços de assistência à saúde, incluindo medidas de discriminação positiva, a fim de reduzir as iniquidades; Coordenação do sistema municipal de saúde com o desenvolvimento de estratégias de organização de rede em estreita colaboração entre os serviços e com os municípios pactuados para promover a garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; Reorganização dos serviços para facilitar o acesso e o acolhimento dos usuários; Estabelecimento de instrumentos e mecanismos para a garantia e melhoria de qualidade; Definição e o desenvolvimento de instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados; Geração de informação qualificada para a avaliação do desempenho do sistema e dos serviços de saúde.
FGM/SUS Nº 6 - Desenvolvimento de Políticas e Capacidade Institucional de Planejamento e Programação em Saúde	Capacidade de condução do processo de formulação de objetivos estratégicos, metas, propostas de ação e respostas coletivas às necessidades sociais, com execução e intervenção sobre determinado problema. Tal processo requer estudos e propostas metodológicas coerentes com a análise da situação de saúde, o desenho da situação desejável que se pretende alcançar, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando, a formulação dos objetivos em função dos problemas priorizados, o desenho das estratégias (“definição das linhas de ação”), a análise de coerência (interna e externa) dessas	Formulação de políticas de saúde, no âmbito municipal, consistente com os princípios da equidade e da universalidade; Monitoramento e avaliação de políticas de saúde, por meio de instrumentos pactuados e de processo participativo; Capacidade institucional para a utilização do planejamento e programação das ações em saúde; Coordenação do processo de planejamento considerando as diversidades existentes; Desenvolvimento e avaliação do processo de planejamento no âmbito do SUS de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão; Institucionalização e fortalecimento do planejamento no âmbito do SUS, de modo participativo; Inserção da programação no processo de planejamento e consideração das prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde; Definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressaltados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente; Programação da atenção à saúde, incluída a

	<p>proposições, a factibilidade e viabilidade das intervenções e a programação, acompanhamento e avaliação dos planos e dos programas de ação mediante a definição do uso de indicadores para determinar o alcance do processo de implementação das ações a serem realizadas, bem como o orçamento previsto para a execução destas no âmbito do SUS municipal (TEIXEIRA, 2001; BRASIL, 2007a).</p>	<p>assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o Plano Municipal de Saúde, no âmbito da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;</p> <p>Monitoramento e avaliação das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.</p>
<p>FGM/SUS Nº 7 - Acompanhamento (Coordenação e Execução) e Avaliação dos Serviços e Ações da Atenção Básica</p>	<p>Coordenação, execução e avaliação do conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agravos, a reabilitação e a manutenção da saúde, cujo desenvolvimento se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho multiprofissional e em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, sob responsabilidade sanitária, e mediante ação intersetorial (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a).</p>	<p>Desenvolvimento e fortalecimento da Política de Atenção Básica;</p> <p>Organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações de Atenção Básica, no âmbito individual e coletivo, por meio de práticas democráticas e participativas, dentro do território;</p> <p>Existência de infra-estrutura para a implantação de ações e programas, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, cadastramento, supervisão e avaliação das unidades de Atenção Básica;</p> <p>Integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, configurando a rede de atenção à saúde;</p> <p>Organização do fluxo de usuários, visando à garantia do acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na Atenção Básica e das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;</p> <p>Viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território;</p> <p>Inserção preferencial, de acordo com sua capacidade institucional, da estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;</p> <p>Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica;</p> <p>Coordenação e avaliação da rede municipal de Atenção Básica a partir dos indicadores da AB;</p> <p>Manutenção da qualidade e da consistência dos dados alimentados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);</p> <p>Educação permanente de recursos humanos da Atenção Básica.</p>
<p>FGM/SUS</p>	<p>Organização, coordenação,</p>	<p>Desenvolvimento do processo de gestão no</p>

<p>Nº 8 - Gestão Pública do Sistema Municipal de Saúde e Gerência dos Serviços de Saúde</p>	<p>monitoramento e avaliação do sistema (gestão) e das unidades de serviços, programas, projetos e atividades específicas realizadas nas instituições de saúde (gerência), cujo conhecimento, habilidades, atitudes, experiência e qualidades das autoridades sanitárias com ou sem o envolvimento de atores sociais no processo decisório favorecem ao alcance dos seus objetivos estratégicos (políticas) mediante o uso de métodos e instrumentos (Agenda da Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Relatório de Gestão, os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica, entre outros), estando em jogo o exercício do poder, seja nas dimensões política, técnica ou administrativa. Envolve o gerenciamento de conflitos e a introdução de inovações organizacionais, tendo em vista a flexibilidade necessária a uma adaptação permanente a contextos cambiantes. Adota plano de ação para a implementação das ações propostas e para o monitoramento e avaliação do processo de implementação e de seus resultados, tomada de decisão, a execução das decisões e a permanência dos efeitos das decisões e ações executada, na busca pela garantia da acessibilidade, qualidade, equidade, integralidade e humanização do atendimento aos direitos dos usuários de ações e serviços de saúde nos limites das normas e leis do que pode e deve ser feito por parte das autoridades governamentais (BRASIL,</p>	<p>âmbito do SUS de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão; Gestão participativa em saúde; Desenvolvimento das funções administrativas de planejamento, organização, direção e controle; Eficiência dos processos compartilhados de gestão e eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos; Desenvolvimento de competências para a tomada de decisões, baseadas em evidências, incorporando o planejamento e a avaliação, a capacidade de liderança, a comunicação efetiva, o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos: Capacidade institucional para a gestão pública municipal do sistema de saúde, com ênfase nos processos de construção, implementação e avaliação de iniciativas para resolver os problemas de saúde da população; Gestão e desenvolvimento de recursos materiais, de consumo e permanente; Gestão e desenvolvimento do sistema de compras e controlar o estoque de materiais; Monitoramento e fiscalização do sistema de compras e aquisição de materiais; Gerência de toda a rede pública de serviços, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União; Formulação, gerenciamento, implementação e avaliação o processo permanente de gerência, de base local, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde; Garantia da estrutura física necessária para a realização das ações de saúde, de acordo com as normas técnicas vigentes; Organização dos recursos e atividades para a execução da gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde; Organização da oferta e prestação de serviços e ações em saúde; Institucionalização dos instrumentos de gestão no âmbito do SUS; Garantia da integralidade das ações de saúde prestadas de forma solidária com o estado e a União e de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; Promoção da equidade na atenção à saúde por meio da adequação da oferta às necessidades e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade;</p>
---	--	--

	2007a).	Educação Permanente dos profissionais que atuam no contexto da gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde.
FGM/SUS Nº 9 - Coordenação, Negociação, Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria de Ações, Bens e Serviços e do Sistema de Saúde	Capacidade de articular procedimentos, instrumentos, recursos, regras e comportamentos a serem adotados pelos diversos entes que operam no gerenciamento e execução do processo de trabalho dentro da estrutura organizacional do sistema de saúde com respeito às leis, normas e limites do que pode e deve ser feito, além do acompanhamento e supervisão do processo de implementação de determinada política, plano ou programa e das práticas clínicas, e a avaliação do desempenho e da organização dos serviços, mediante a utilização de indicadores de avaliação relativos ao desenvolvimento de processos, produtos e resultados de determinado serviço e ações de saúde, bem como as funções gerenciais e a intervenção do Estado para garantir a produção, a distribuição e o consumo das ações e serviços de saúde adequados ao conhecimento científico e ao desenvolvimento tecnológico existente 9 BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c vls. 9 e 10).	<p>Coordenação, negociação, regulação, controle, avaliação e auditoria de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde;</p> <p>Desenvolvimento e implantação do marco regulatório no âmbito do município;</p> <p>Revisão e criação de novas leis, regulamentações e normas técnicas para assegurar a qualidade dos serviços de saúde;</p> <p>Execução de fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa;</p> <p>Criação e operação de complexos reguladores que podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional;</p> <p>Regulação e controle do acesso;</p> <p>Estabelecimento de fluxos de referência intra-municipal e articulação com outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;</p> <p>Planejamento e execução da regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;</p> <p>Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território;</p> <p>Contratualização de todos os prestadores de serviços e colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;</p> <p>Monitoramento e fiscalização dos contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;</p> <p>Processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados;</p> <p>Realização de auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;</p> <p>Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.</p>
FGM/SUS Nº 10 - Gestão do Trabalho e Formação e Desenvolvimento de Recursos	Se ocupa dos procedimentos, dos métodos, das técnicas e dos instrumentos relativos à contratação, à distribuição e ao gerenciamento do processo de trabalho do ponto de vista das relações técnicas e sociais do trabalho	<p>Diagnóstico da situação dos Recursos Humanos em saúde no município;</p> <p>Promoção e desenvolvimento de políticas de Gestão do Trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;</p> <p>Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal;</p>

Humanos/ Pessoas para o SUS	bem como da formação, desenvolvimento e avaliação do desempenho dos trabalhadores dos diversos serviços e estrutura organizacional do sistema de saúde e com a articulação e o envolvimento com instituições acadêmicas e escolas técnicas para subsidiar o aperfeiçoamento e operacionalização das práticas e ações de saúde (BRASIL, 2007a;BRASIL, 2007c, v. 5).	<p>atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional; estrutura física e equipamentos;</p> <p>Análise de sistemas de informação existentes e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho;</p> <p>Desenvolvimento de ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores da saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos;</p> <p>Regulamentação das relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local;</p> <p>Desenvolvimento da capacidade institucional para a administração de Recursos Humanos – gestão de pessoas;</p> <p>Avaliação de recursos humanos em saúde para qualificação de gestão, gerência e prestação de serviços no SUS;</p> <p>Capacitação para a gestão do trabalho no SUS na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde por meio de estruturas formadoras existentes e através do estabelecimento de vínculos com instituições formadoras para a educação permanente aos Recursos Humanos do SUS e para a implementação e a reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, a gerência e a prestação de serviços no SUS;</p> <p>Implantação e implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;</p> <p>Estabelecimento de alianças com organizações governamentais, não-governamentais e comunitárias para fortalecimento da política de Educação Permanente em Saúde e oferta de recursos para o desenvolvimento dessas alianças;</p> <p>Monitoramento e avaliação do impacto da política de Educação Permanente em saúde e a efetividade de sua capacidade de formação de alianças;</p> <p>Estabelecimento, sempre que possível, de espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores através da instalação de Mesas de Negociação.</p>
FGM/SUS Nº 11 - Pesquisa	Produção de conhecimento, utilização e desenvolvimento de dispositivos e	Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, consonante com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde

<p>Científica, Inovação e Incorporação Tecnológica em Saúde</p>	<p>equipamentos, incorporados ao processo de produção, normas técnicas e rotinas, que regem a prática dos trabalhadores de saúde, seja no âmbito da gestão, seja no âmbito operativo da produção do processo de trabalho em saúde que, em termos do fomento a pesquisas, contribuam para o processo de aperfeiçoamento da gestão, da organização e da operacionalização das ações e dos serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c, v. 4).</p>	<p>(PNCTI/S), integrante da Política Nacional de Saúde; Desenvolvimento de uma política Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde. Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa; Desenvolvimento da capacidade de gestão e utilização de conhecimentos e competências relacionadas à incorporação, ao uso e à avaliação das tecnologias em saúde integrados em uma rede; Implementação e desenvolvimento de soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado; Desenvolvimento de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde para colaborar no processo de tomada de decisão e contribuir para a melhora da sua qualidade; Estabelecimento de vínculo com institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na Gestão Municipal.</p>
<p>FGM/SUS Nº 12 - Financiamento em Saúde</p>	<p>Se ocupa dos procedimentos, dos métodos, das técnicas e dos instrumentos relativos à elaboração de projetos e convênios, captação e obtenção de recursos e prestação de contas, além da contratação e pagamento de serviços de prestadores públicos e privados. Envolve a formulação e implementação de políticas públicas financeiras que tenham como objetivo a sustentabilidade econômico-financeira, a análise de viabilidade econômica das propostas de ação, a melhoria das condições de reprodução econômica e o custeio das ações e dos serviços de saúde mediante a qual se confere visibilidade ao uso das fontes e volume de recursos financeiros disponíveis, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e defendam e incorporem o controle social na gestão dos recursos financeiros, como modo de compor redes de coresponsabilidade quanto à utilização e alocação dos</p>	<p>Existência de infra-estrutura para a gestão dos recursos financeiros no âmbito do município. Gestão e desenvolvimento de recursos financeiros; Promoção da integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; Distribuição e alocação de recursos financeiros de acordo com as necessidades identificadas, e a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores e de acordo com a programação das ações de saúde local/no território para a execução da gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde; Participação do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde; Capacidade técnica para execução das contas da saúde com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das fontes; Monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.</p>

	recursos, visando à sua difusão e utilização no processo decisório BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c vls. 2 e 3).	
FGM/SUS Nº 13 - Processo de Descentralização e Fortalecimento da Municipalização	<p>Processo de transferência de poder (político, técnico e administrativo) de acordo com os estágios equivalentes ao grau de responsabilidade assumido pelo Município em relação ao sistema de saúde. Redefinição de responsabilidades e funções do nível central para o nível municipal de saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle municipal na implementação da política municipal de saúde, considerando a disponibilidade de infraestrutura (instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros), e a capacidade do gestor e de sua equipe em conduzir o sistema e os serviços em direção ao alcance dos seus objetivos estratégicos (políticas) mediante o uso de métodos e instrumentos de gestão em parceria/articulação interinstitucional e com as organizações governamentais e não-governamentais cujo processo de negociação e formação de acordos e alianças, promova a formação de consenso em torno da adoção de determinada política ou estratégia a fim de melhorar a situação de saúde da população (BRASIL, 2007a).</p>	<p>Aprofundamento e potencialização no processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, fortalecendo o município para que exerça o papel de gestor e para que as demandas dos diferentes interesses locais possam ser organizadas e expressadas no município;</p> <p>Fortalecimento do processo de municipalização dos serviços de saúde, incluindo a execução dos investimentos necessários à promoção da equidade na distribuição dos serviços e assumindo os compromissos pactuados;</p> <p>Constituição e fortalecimento do processo de Regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;</p> <p>Participação das reuniões do Colegiado de Gestão Regional, a fim de qualificar o processo de Regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS e disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;</p> <p>Participação do processo de regionalização e da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) contendo os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da PPI;</p> <p>Desenvolvimento de estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços;</p> <p>Participação dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no planejamento regional, no Plano Diretor de Regionalização e no Plano Diretor de Investimento;</p> <p>A construção de um consenso interno à Gestão municipal do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de organização e coordenação do sistema municipal de Atenção à Saúde;</p> <p>Formulação e implementação de políticas e estratégias de desenvolvimento organizacional relacionadas com a expansão do acesso da população às ações básicas de saúde, incluindo o fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde e a implementação da Estratégia Saúde da Família, bem como da oferta de serviços de média e alta complexidade de acordo com o perfil e as necessidades de saúde da população voltadas a</p>

		<p>promover a mudança do modelo de Atenção à Saúde;</p> <p>Investimento em capacitação para a melhoria da gestão do sistema municipal de saúde, tendo em vista a construção do modelo de atenção integral à saúde;</p> <p>Desenvolvimento, a partir da identificação das necessidades, do Modelo de Atenção à Saúde, a partir de um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;</p> <p>Monitoramento e avaliação periódica do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do município;</p> <p>Monitoramento e avaliação das ações descentralizadas de saúde com base na execução do Plano Municipal de Saúde e da Agenda de Saúde/Plano Operativo Anual, provendo os gestores e gerentes com informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;</p> <p>Proteção dos cidadãos em suas relações com o sistema municipal de saúde.</p>
FGM/SUS Nº 14 - Participação e Controle Social em Saúde	Mobilização de vontades coletivas e envolvimento ativo da população organizada no processo político decisório em relação a questões de interesse para a saúde e no controle social sobre a proposição, deliberação e fiscalização das políticas públicas do setor mediante a atuação em movimentos sociais e nos espaços institucionalizados de garantia de participação, seja nos Conselhos de Saúde, seja nas Conferências de Saúde (BRASIL, 2007a).	<p>Fortalecimento do processo de participação e controle social, mediante o desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da comunidade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões;</p> <p>Apoio e fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências) e outras formas de controle social (movimentos sociais que atuam no campo da saúde) na proposição, na deliberação e na fiscalização da política municipal de saúde;</p> <p>Provisão das condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com a legislação vigente;</p> <p>Organização e provimento das condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;</p> <p>Formação dos conselheiros;</p> <p>Estímulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;</p> <p>Apoio aos processos de educação popular na saúde, para ampliar, qualificar e fortalecer a participação social no SUS;</p> <p>Discussão sobre o processo de controle social no espaço territorial e local, para facilitar o desenvolvimento da “cultura de participação”;</p> <p>Implantação e implementação de ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão</p>

		<p>estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais;</p> <p>Promoção das ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral a fim de fortalecer o poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde;</p> <p>Apoio no processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS.</p>
FGM/SUS Nº 15 - Cooperação Intermunicipal para o Fortalecimento do Processo de Regionalização	<p>Envolve compromissos, acordos e/ou pactos entre dois ou mais municípios, de uma ou mais regiões, em razão da negociação para o desenvolvimento de atividades voltadas à transferência de conhecimentos e ao desenvolvimento de tecnologias para a potencialização/otimização do uso de recursos e a implementação de ações em razão de interesses comuns, contemplando uma lógica de planejamento integrado, considerando as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a fortalecer o processo de hierarquização dos serviços de saúde, a busca de maior equidade e a garantia do acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde. Tal relação implica na influência de um município sobre o outro em termos da relação oferta-demanda por serviços de saúde e em torno de uma determinada proposta de ação, política ou estratégia, no âmbito do sistema (BRASIL, 2007a).</p>	<p>Cooperação intermunicipal para o monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e educação para a saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal no desenvolvimento de ações da vigilância em saúde, na identificação precoce e no controle de doenças/agravos, riscos e danos à saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal nas situações de emergências em Saúde Pública e na proteção e promoção da saúde de grupos com riscos e necessidades especiais;</p> <p>Cooperação intermunicipal para a promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde de qualidade;</p> <p>Cooperação intermunicipal para acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde no município;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal para a criação e organização de redes integradas de serviços de saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o desenvolvimento de políticas, planejamento e programação em saúde e gestão do SUS;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o desenvolvimento da gestão do SUS e gerência dos serviços de saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal e com as esferas estaduais, federal e agências internacionais;</p> <p>Cooperação intermunicipal para a criação de leis e normas de regulação, controle, auditoria e fiscalização;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o desenvolvimento de recursos humanos/pessoas para o SUS;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o desenvolvimento do financiamento em saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal para a pesquisa, inovação e avaliação tecnológica em saúde;</p> <p>Cooperação intermunicipal para o fortalecimento da participação e do controle social.</p>

Fonte: Adaptação a partir do Glossário de termos e do conteúdo da publicação do CONASS para a avaliação da gestão estadual (BRASIL, 2007a), dentre outros (exemplo: BRASIL, 2007c nos volumes 2 a 10; TEIXEIRA, 2001).

APÊNDICE D - QUADRO DEMONSTRATIVO DAS REFLEXÕES FEITAS A PARTIR DAS CONTRIBUIÇÕES DOS ESPECIALISTAS NA AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES DAS INSTÂNCIAS GESTORAS MUNICIPAIS

FGM/SUS Nº 1	A FGM/SUS Nº 1 sofreu pequenas alterações na descrição das perguntas e subperguntas. Permaneceram os quatro eixos/indicadores submetidos à apreciação, no entanto com relação a sub-pergunta que fazia referência ao financiamento para a realização de cursos de pós-graduação derivada da pergunta-mãe do indicador/eixo 3 - Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde foi sugerido por dois especialistas a exclusão da mesma.
FGM/SUS Nº 2	Sobre a FGM/SUS Nº 2 os cinco eixos/indicadores submetidos a apreciação dos especialistas foram mantidos. A descrição do eixo/indicador 1 que investiga sobre o desenvolvimento da Política de Promoção da Saúde foi alterado por sugestão de dois dos especialistas por concordarmos que o importante é avaliar se a gestão municipal do SUS desenvolve estratégias voltadas para a promoção da saúde e não intervenções voltadas para a promoção de condutas. Desse modo, também alteramos o padrão deste indicador, excluindo a disposição sobre a política de promoção. Ainda, sobre o eixo 1, embora apenas um especialista tenha se posicionado de forma contrária a inclusão das subperguntas relacionadas a disponibilidade orçamentária e financeira optamos pela exclusão destas, considerando que o financiamento corresponde a outra função que constitui o corpo do instrumento aqui apresentado.
FGM/SUS Nº 3	Sobre a FGM/SUS Nº 3 os especialistas concordaram com a permanência dos indicadores, no entanto fizeram considerações sobre a utilização de termos como “ <i>rapidamente</i> ” que traz consigo uma dimensão subjetiva. No eixo/indicador 1 que trata da identificação de riscos e agravos, dois juízes sugeriram a exclusão da subpergunta derivada da pergunta-mãe que questiona se o sistema municipal tem infra-estrutura para identificar fatores de risco para as doenças e agravos não-transmissíveis. Consideramos pertinente tal sugestão visto a desnecessária especificação do tipo de doença, já que a abordagem é sobre os riscos e agravos à saúde em geral. Cabe destacar a sugestão de um especialista quanto ao eixo/indicador 3 que trata da capacidade operacional dos Laboratórios de Saúde Pública. Este especialista recomenda a separar laboratórios públicos dos privados nas perguntas e subperguntas. Decidimos por permanecer com a forma apresentada na matriz, visto que, ao nosso ver, não compromete a compreensão do gestor que utilizará tal instrumento. Ainda sobre o eixo 3, o mesmo especialista sugere que a sub-pergunta derivada da pergunta-mãe que questiona sobre a disposição de laboratórios de referência estruturados para responder adequadamente às ações de vigilância à saúde apresente detalhamentos sob os agentes causadores de doenças que devem ser identificados e analisados pelos laboratórios de saúde pública. Tal sugestão foi aceita, sendo então incorporada à estrutura do instrumento.
FGM/SUS Nº 4	Quanto a FGM/SUS Nº 4, os especialistas concordaram com os indicadores propostos e apenas um questionou sobre o termo “ <i>suficiente capacidade</i> ”. Diante de tal observação, optamos por suprimir a palavra suficiente por considerá-la dispensável para a compreensão do padrão e das perguntas a ela relacionadas.
FGM/SUS Nº 5	Quanto ao eixo 1 da FGM/SUS Nº 5 que se refere aos instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso aos serviços, houve discordância por parte de um especialista sobre a utilização da palavra “ <i>experiência</i> ”, que foi suprimida do texto, sendo ao nosso ver suficiente a

	<p>palavra capacidade, quando se refere à capacidade pessoal e técnica.</p> <p>No eixo 2 que aborda sobre os instrumentos e mecanismos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, um <i>expert</i> sugeriu a exclusão da sub-pergunta 2.2.1.5 a qual permaneceu da matriz, pois entendemos que o gestor municipal pode e deve sim identificar e apoiar experiências bem-sucedidas em termos de intervenções para aumentar o acesso aos serviços de saúde.</p> <p>Assim, considerando todas as alterações feitas à FGM/SUS N° 5, a matriz permaneceu com os seis eixos/indicadores inicialmente propostos, no entanto a descrição do eixo 3 passou a ser “Monitoramento e regulação do acesso aos serviços de saúde”, o eixo 5 foi denominado “Reorganização dos serviços para facilitar o acesso e o acolhimento dos usuários”, e o eixo 6, “Monitoramento das informações em saúde para a avaliação dos serviços de saúde”. As três perguntas-mãe do eixo anteriormente nomeado de “avaliação da satisfação dos usuários” foram parcialmente suprimidas e difundidas em duas perguntas-mãe com suas subperguntas, uma relacionada à disposição de um plano de reorganização da melhoria da acessibilidade e acolhimento e a outra referente a utilização e execução de tal plano para a tomada de decisões pela gestão municipal.</p>
FGM/SUS N° 6	<p>No eixo 1 da FGM/SUS N° 6 foi feito o acréscimo de uma sub-pergunta referente a incorporação das prioridades definidas no Termo de Compromisso de Gestão no Plano Municipal de Saúde.</p> <p>Já no eixo 4 que aborda sobre o desenvolvimento da capacidade institucional para a programação e pactuação das ações de saúde, um especialista traz a consideração de que as subperguntas 4.4.1.2 e 4.4.1.3 que interrogam sobre a participação do grupo de coordenação e participação da organização de oficina de trabalho para o desenvolvimento da Programação Pactuada e Integrada, respectivamente, são adequadas para os municípios que ocupam a posição de pólo ou sede de Colegiado Regional de Gestão. Assim, consideramos tal observação. Tal consideração procede, mas mantivemos na matriz, visto que não utilizamos critérios que classificam os municípios por grau de complexidade ou porte municipal.</p>
FGM/SUS N° 7	<p>Sobre o eixo 1 da FGM/SUS N° 7 que trata do desenvolvimento da Política Nacional de Atenção Básica, dois especialistas sugeriram que a pergunta referente a mensuração do impacto desta política, poderia ser suprimida, considerando que esta “<i>extrapola a função da gestão</i>” e “<i>cabe às instituições de pesquisa</i>”. Diante desta observação, reestruturamos a pergunta mãe com substituição do termo “medir o impacto” para “acompanhamento dos resultados”.</p> <p>Quanto ao eixo 2 que se refere a reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica, dois especialistas discordaram da utilização do termo política de incentivos. Um deles afirmou: “<i>não concordo com política de incentivos para quem desenvolve ações de promoção da saúde por entender que a motivação das equipes nessa direção deve se dar por outros meios mais consistentes</i>”. Optamos pela exclusão da sub-pergunta que trazia sobre a política de incentivos, já que outras perguntas faziam referência a distintas formas de participação do município e do gestor para o desenvolvimento da Atenção Básica.</p> <p>Quanto ao eixo 3 foi sugerido por um especialista que fosse feita a exclusão da pergunta-mãe e subperguntas derivadas desta, que tratam da avaliação da capacidade e necessidades do município para o desenvolvimento de ações da Atenção Básica. Não fizemos a exclusão, entretanto, adotamos algumas sugestões, tanto no eixo 3 como no eixo 4, referentes à questão de redação de modo a tornar as perguntas mais objetivas e claras, além da retirada de termos</p>

	<p>em excesso ou dispensáveis.</p> <p>Já sobre o eixo 5, da avaliação da rede básica de atenção à saúde, a questão da avaliação da satisfação retratada na FGM/SUS Nº 5 é novamente posta. Inclusive um dos especialistas sugere a supressão da pergunta 5.3 e ainda refere que “<i>satisfação do usuário é uma área que sofre diversas influências como revela os estudos de Esperidião 2007, 2008 e 2009</i>”. Assim, diante das reflexões sobre tais sugestões, decidimos permanecer com a pergunta-mãe 5.3 que aborda sobre a criação de oportunidades reais para que a população possa avaliar os serviços e apenas excluímos parte da pergunta que se refere a manifestação sobre o grau de satisfação dos usuários com os serviços, pois concordamos que a satisfação pode ter diferentes graus e que pode ser avaliada por critérios distintos.</p>
FGM/SUS Nº 8	<p>Quanto à FGM/SUS Nº 8, em seu eixo 1, um especialista apresentou como sugestão para esclarecimento do conteúdo proposto como padrão e como pergunta (1.4 e 1.4.1) referente à “gestão e desenvolvimento de recursos materiais, controle de estoque e compras”, a substituição por “gestão de recursos materiais (estoque, material de consumo e permanente, controle patrimonial), de compras e dos contratos administrativos”. Outro especialista também sugeriu a exclusão do termo desenvolvimento como estava posto na matriz. Diante da pertinência de tais sugestões fizemos as adequações na matriz. Também por sugestão de um especialista excluímos um aspecto do padrão relacionado ao desenvolvimento organizacional.</p> <p>Ainda no eixo 1 o termo “cultura” despertou questionamentos sobre a clareza na utilização do termo em algumas perguntas, sendo apresentado como sugestão a utilização do termo práticas de trabalho, sugestão esta por nós aceita. Na sub-pergunta 1.4.4.4 foi sugerido o esclarecimento sobre a “disposição de pessoal capacitado e suficiente para a comunicação efetiva das visões”, sendo então substituído por comunicação efetiva dos objetivos.</p> <p>Tanto no eixo 1 como no eixo 2 fizemos inclusão de outros termos que tornaram mais claras as perguntas sem mudar o conteúdo proposto, conforme sugestão dos <i>experts</i>.</p>
FGM/SUS Nº 9	<p>Sobre a FGM/SUS Nº 9 uma especialista fez menção a heterogeneidade dos municípios e afirmou o alto padrão do instrumento de auto-avaliação. Sobre isso, concordamos com a participante de que tal instrumento inclui todas as funções que competem ao gestor no âmbito municipal, porém sem ressalvas ao que lhe cabe considerando o porte ou grau de complexidade do município. Sobre esta questão de distintos municípios com diferentes portes, os eixos 1 (Revisão periódica e avaliação do marco regulatório) e 3 (Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar e fazer cumprir o marco regulatório) foram os que destacadamente receberam a observação a esse respeito.</p>
FGM/SUS Nº 10	<p>No eixo 1 da FGM/SUS Nº 10 foi proposto por um dos especialistas a separação de um dos itens que consta no padrão deste eixo, justificando que o município pode desenvolver atividades em parceria com instituições formadoras e não desenvolver, por exemplo, com o estado. A priori concordamos com tal observação, no entanto este item não se caracteriza como pergunta e sim como padrão que esclarece o eixo, logo não incluímos esta proposta. Entretanto, ainda neste padrão incluímos como item proposto por um especialista sobre a existência de acompanhamento dos requisitos mínimos de educação, qualificação e necessidades de capacitação para o trabalho.</p> <p>Também no eixo 1, a pergunta-mãe 1.2, que investiga sobre a identificação das falhas pela Gestão Municipal em matéria de composição e disponibilidade da força de trabalho em parceria com instituições formadoras, deu origem a indagação de um especialista sobre o modo de parceria com as instituições formadoras, o que segundo ele se concentra nas ações de educação, sendo a</p>

	<p>composição e a disponibilidade da força de trabalho uma atribuição da gestão do trabalho no que tange a administração de recursos humanos. Diante da pertinência de tal consideração, excluimos parte da pergunta que fazia referência a estas instituições, e deslocamos enquanto uma subpergunta (1.2.1) conforme proposição deste especialista. A mesma adequação também foi feita na pergunta 1.3 com o acréscimo de uma subpergunta.</p> <p>Quanto aos eixos 2, 3, 4, 5 e 6 não foram feitas considerações relevantes, apenas foi sugerida o desmembramento de uma pergunta (4.1.1.4) em duas de modo a tornar mais clara ao respondente.</p>
FGM/SUS Nº 11	<p>Na FGM/SUS Nº 11, eixo 1, que trata do desenvolvimento de uma política de ciência, tecnologia e inovação em saúde, a pergunta 1.2.1, derivada da pergunta 1.2, interroga sobre a incorporação de diretrizes no Plano Municipal de Saúde. Sobre esta, um especialista sugere a inclusão do questionamento sobre a definição coletiva das questões relevantes e áreas que precisam de mais investimento, o qual consideramos pertinente.</p> <p>Quanto ao eixo 4 que aborda sobre o apoio e parcerias com instituições acadêmicas para o desenvolvimento de pesquisas em saúde, a subpergunta 4.1.1 apresenta questionamentos derivados da pergunta-mãe 4.1 que indaga sobre as parcerias para o desenvolvimento de pesquisas operacionais em saúde. Um especialista propõe a inclusão da investigação sobre a força de trabalho em saúde enquanto uma alternativa no que tange ao recebimento de assessoria pelo município para o desenvolvimento de tais pesquisas.</p> <p>Ainda no eixo 4, o mesmo <i>expert</i> sugeriu incluir a discussão de áreas e questões de pesquisa na sub-pergunta 4.3.1.2 que se refere ao estímulo do município à participação dos profissionais em projetos de pesquisa. Desse modo, adotamos as considerações feitas sobre este eixo por este especialista por considerarmos pertinentes.</p> <p>Vale registrar a observação de um especialista sobre a repetição da questão que trata da divulgação dos resultados das pesquisas em saúde, também no eixo 4. Diante desta observação optamos pela fusão da pergunta-mãe 4.2 e 4.3 bem como de suas subperguntas e re-definimos a pergunta 4.2.</p>
FGM/SUS Nº 12	<p>Sobre o eixo 2 da FGM/SUS Nº 12 os especialistas trouxeram diferentes contribuições. Um deles sugeriu o esclarecimento sobre a gestão municipal dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e questionou o termo “gera” na subpergunta 2.1.1.5, sugerindo a substituição por “gere”. Adotamos o termo “gere”, por considerarmos a sugestão pertinente. Outro especialista questionou a subpergunta 2.1.1.17 que trata da prestação de contas ao Tribunal de Contas, o que segundo ele, é feita pela Secretaria de Administração ou da Fazenda. Diante da pertinência desta observação, procedemos com a exclusão desta subpergunta. Quanto à subpergunta, que tratava do desenvolvimento ou solicitação de investigação para conhecer problemas que representem ameaça para a saúde no município, foi excluída, por concordarmos com um dos especialistas de que trata-se de outra função referente à análise da situação de saúde, e não da função de financiamento.</p>
FGM/SUS Nº 13	<p>Quanto à FGM/SUS Nº 13 todos os especialistas questionaram sobre a “Política de Municipalização” inicialmente apresentada no eixo/indicador 1 e repetidamente referida nas perguntas derivadas deste eixo. Diante de pertinente observação, excluimos o termo política na denominação do eixo 1 e substituímos a “política de municipalização” citada nas perguntas-mãe e subperguntas por “<i>plano de organização do sistema municipal</i>”, termo este proposto por um dos especialistas.</p> <p>Sobre os eixos 2 e 3 que investigam sobre o desenvolvimento do processo de municipalização e a construção do consenso voltada para a reorganização do modelo de atenção à saúde, respectivamente, não foram registradas sugestões</p>

	<p>pelos juízes. Particularmente sobre o eixo 3, um especialista propôs a supressão da pergunta-mãe 3.2 sobre o desenvolvimento organizacional e a introdução de mudanças no modelo de atenção à saúde, alegando já está colocado em outros itens. Entretanto, optamos por permanecer com a pergunta, considerando que a mesma faz-se necessária no intuito de que o gestor reflita sobre tal aspecto de modo específico e detalhado.</p>
FGM/SUS Nº 14	<p>Sobre a função FGM/SUS Nº 14 foram apontadas algumas sugestões, como por exemplo, a inclusão das Conferências Estadual e Nacional de Saúde no padrão que caracteriza o eixo 1 e na pergunta-mãe 1.1 que indaga se a Gestão Municipal do SUS estabelece a política de saúde com base na participação do Conselho Municipal de Saúde e nos resultados das Conferências Municipais de Saúde. Diante desta observação, incorporamos à matriz tal sugestão.</p>
FGM/SUS Nº 15	<p>Quanto à FGM/SUS Nº 15 um dos especialistas sugeriu a alteração na ordem de apresentação dos eixos/indicadores, <i>“a fim de facilitar a leitura e compreensão por parte dos gestores”</i>. Diante desta sugestão, fizemos uma releitura da matriz e apenas alteramos a ordem dos indicadores que tratam da reorganização do modelo de atenção e das redes integradas e os colocamos seguidamente após o eixo que trata do acompanhamento avaliação dos serviços de saúde. No eixo 1.1.1.3 concordamos com a sugestão de um dos especialistas em incluir o SINAN. Outra importante observação apontada por um dos especialistas foi a utilização do termo “macrorregião” (exemplificada no eixo 2) sugerindo que fosse substituído por “microrregião” considerando que o desenho do Plano Diretor de Regionalização e a proposta para a implementação do Pacto está baseado na constituição dos colegiados microrregionais, deste modo e por concordar com esta afirmação, procedemos com a substituição do termo. Outra sugestão foi a exclusão do eixo 8 que trata do Acompanhamento e Avaliação dos Serviços da Rede Básica de Saúde, sobre o qual afirma <i>“parecer uma repetição do eixo 6”</i> que se refere ao Acompanhamento e Avaliação dos serviços de saúde no município, já que neste está incluído os serviços de atenção básica. Por considerar pertinente tal observação, excluimos o eixo 8 e alteramos a denominação do eixo 6 que, conforme a sugestão do especialista, passou a ser <i>“Cooperação intermunicipal para acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde no município”</i>. No eixo que trata da cooperação para a regulação, controle, auditoria e fiscalização foi questionado a utilização do termo “autoridade sanitária”, porém por este ser o termo adotado pelo CONASS e que apenas um especialista questionou não fizemos alteração.</p>

**APÊNDICE E - MANUAL PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE
AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS
(FGM/SUS)**

MANUAL PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS (FGM/SUS)

Apresentação

Este instrumento, denominado INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS (FGM/SUS), constitui-se em uma tecnologia de gestão que, foi elaborado com o intuito de que seja aplicado nos diversos municípios do país, de modo que permita aos gestores municipais de saúde, em um processo de auto-avaliação, identificar as fragilidades e potencialidades da gestão a partir da apreciação às perguntas contidas no instrumento, respondendo se realiza ou não para cada critério.

A vantagem do uso deste instrumento é o fortalecimento da Gestão da Saúde Pública Municipal, o qual se dará mediante a aferição, adaptação, aplicação e uso dos conceitos e propostas das funções. A proposta FGM/SUS trata-se de um instrumento de auto-avaliação adaptado. Tal proposta deverá ser utilizada como ferramenta de êxito/desempenho para o fortalecimento da gestão, a partir da identificação das debilidades. Trata-se de um instrumento que viabilizará um projeto de mudança, melhoria das práticas de Gestão em Saúde, priorização e fortalecimento dos diversos recursos, além dos sistemas de informação, tecnologias e capacidade organizacional.

Desse modo, a aplicação/uso do instrumento de auto-avaliação da FGM/SUS possibilitará “deflagrar um processo de avaliação, reprogramação, reorganização e reestruturação das práticas de gestão” municipal da saúde. Ademais, a auto-avaliação possibilitará a aproximação das políticas, programas e planos às necessidades da população/dos munícipes, “o fortalecimento da capacidade de formulação de políticas, o desenvolvimento da força de trabalho, estabelecimento de convênios, intercâmbios e parcerias e melhoria da prestação de contas” (CATANELLI, 2009).

Considerando que o Instrumento de Auto-avaliação para a Gestão Municipal do SUS (FGM/SUS) é uma tecnologia que deve ser usada pelos gestores das instâncias municipais de saúde a fim de apoiar a equipe gestora no direcionamento e re-ordenação de suas ações, elaboramos esse manual que norteia passo a passo a sua utilização.

Passos para a utilização do Instrumento de Auto-Avaliação para a Gestão Municipal do SUS

1º passo: Ao decidir pela utilização do instrumento de auto-avaliação, o gestor deve convocar a equipe gestora para uma reunião a fim de sensibilizar sobre a importância quanto ao uso do instrumento. Deve-se definir junto com a equipe uma data e local para a realização da oficina de avaliação.

2º passo: Chegado o dia da realização da oficina, antes de iniciar o trabalho de grupo, faz-se necessário definir um coordenador e um relator dos resultados do trabalho. Deve-se consultar os participantes sobre o interesse em assumir tais posições. Caso, ninguém se prontifique, o gestor pode ser o coordenador e pode nomear algum participante para ser o relator.

3º passo: Uma vez definido o coordenador e o relator, o coordenador deve explicar o papel de cada um durante a realização da oficina. Ao coordenador cabe orientar o grupo, inscrever os participantes para a fala durante as discussões e controlar o tempo de fala de cada um. Ao

relator cabe registrar os acontecimentos da oficina, os problemas identificados e fazer o registro final das funções selecionadas por subgrupo. O coordenador tem a responsabilidade de manter a metodologia até o final da realização da oficina.

4º passo: O coordenador deve apresentar a lista de funções FGM/SUS para os participantes e solicitar que escolham duas ou três funções que tenham maior aderência ou que executam na gestão atual e anotem em uma folha de papel. Após a entrega dos papéis respondidos ao coordenador, o momento será dedicado a explicação de que cada participante será incluído em um subgrupo de acordo com a escolha das funções. Neste momento, cabe ao coordenador explicar como acontecerá a leitura e o preenchimento das matrizes das funções e às discussões sobre as funções.

5º passo: Nesse momento, cabe ao coordenador explicar que, reunidos em cinco subgrupos, os participantes devem fazer a leitura das matrizes (indicadores e perguntas) e estabelecer dentro de cada subgrupo um relator. Nesse momento, o coordenador deve explicar que as matrizes devem ser lidas e o seu preenchimento deverá ser feito nas colunas à direita da matriz, assinalando o que realiza (na coluna “SIM”) e o que não realiza (na coluna “NÃO”) e na coluna reservada às observações poderá fazer qualquer ressalva referente àquela pergunta.

6º passo: Em cada subgrupo, após a leitura, deve ser feito o preenchimento das matrizes por cada participante. As matrizes podem ser preenchidas individualmente em cada subgrupo e devem ser colocadas à discussão para que os componentes de cada subgrupo cheguem a um consenso quanto às respostas. As perguntas cujas respostas gerarem discussão e não tiverem consenso deverão ser discutidas e o relator do subgrupo deve fazer as anotações (esse processo de reunião por subgrupo não deve ultrapassar uma hora e meia).

7º passo: Findado o preenchimento das matrizes, sugerimos o oferecimento de um lanche para a descontração do grupo (não deve ultrapassar meia hora).

8º passo: Retomada as atividades, desfaz-se os subgrupos e reúne todos os participantes na sala em forma circular. O coordenador deve passar a palavra para os relatores de cada subgrupo e trazer à discussão as perguntas que não tiveram consenso nos subgrupos. Os relatores terão cinco até dez minutos para se colocarem e cada participante terá dois minutos para se posicionar sobre a discussão. Na seqüência, deve-se abrir para a votação (dos diferentes posicionamentos) com todos os participantes do grupo. (esse momento não deve ultrapassar uma hora e meia).

9º passo: Uma vez que se tenha chegado ao consenso sobre o que o município faz ou não faz, cabe ao coordenador listar em um quadro (*flip-chart*) ou digitar e projetar em *power-point* as perguntas que tiveram resposta negativa (“não faz”) a fim de identificar e discutir com todo o grupo as dificuldades para o cumprimento de cada aspecto (pergunta). Este momento é reservado para a identificação das fragilidades da equipe gestora que impedem o alcance de determinadas competências e o levantamento de estratégias para o enfrentamento das dificuldades (Aconselha-se que esse momento seja realizado no segundo momento, e quando possível de ser realizado no mesmo dia, recomenda-se que seja no período vespertino).

10º passo: Finalmente o coordenador finaliza os trabalhos resgatando as fragilidades, mas fazendo menção que o cumprimento de todas as demais funções se constitui em potencialidades da equipe gestora.

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A
GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO MUNICIPAL DO SUS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Município:

Estado:

Nome do respondente:

Vínculo profissional:

Cargo que ocupa:

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 1 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO/ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO. Padrão: A Gestão Municipal do SUS dispõe de: =Perfis da situação de saúde que influenciam a alocação de recursos e a priorização dos problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade. =Parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.			
1.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de um perfil epidemiológico da população do município e atualiza no intervalo mínimo de três meses os dados coletados?			
1.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> Esse perfil inclui: 1.1.1.1 Variáveis sociodemográficas? 1.1.1.2 Mortalidade? 1.1.1.3 Morbidade? 1.1.1.4 Fatores de risco? 1.1.1.5 Informação sobre hábitos de vida? 1.1.1.6 Riscos ambientais? 1.1.1.7 Acesso e utilização a serviços assistenciais de saúde? 1.1.1.8 Acesso e utilização a ações e serviços coletivos de saúde?			

	<p>1.1.1.9 Oferta de serviços e ações de saúde coletivos e assistenciais?</p> <p>1.1.1.10 Barreiras no acesso à atenção de saúde?</p> <p>1.1.1.11 Riscos à saúde do trabalhador, associados à produção econômica?</p>			
1.2	A Gestão Municipal do SUS utiliza o perfil epidemiológico da população para o planejamento, pactuação das ações e gestão do sistema?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O perfil epidemiológico da população do município é utilizado para:</p> <p>1.2.1.1 Avaliar as necessidades de saúde da população?</p> <p>1.2.1.2 Avaliar iniquidades nas condições de saúde e qualidade de vida?</p> <p>1.2.1.3 Monitorar tendências na situação de saúde?</p> <p>1.2.1.4 Monitorar mudanças na prevalência de fatores de risco?</p> <p>1.2.1.5 Monitorar mudanças no uso dos serviços de saúde?</p> <p>1.2.1.6 Definir as prioridades para o financiamento com base nas necessidades da população e na superação de iniquidades?</p> <p>1.2.1.7 Definir objetivos e metas municipais de saúde, até mesmo aquelas relativas à oferta e ao acesso aos serviços de saúde para a programação das ações?</p> <p>1.2.1.8 Avaliar o cumprimento de objetivos e metas municipais de saúde?</p> <p>1.2.1.9 Melhorar a eficiência, a efetividade e a qualidade do sistema de saúde?</p>			
1.3	A Gestão Municipal do SUS produz e divulga as informações sobre a situação de saúde da população?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>1.3.1.1 Produz informes ou boletins epidemiológicos?</p> <p>1.3.1.2 Utiliza os meios de comunicação social para divulgar as informações epidemiológicos?</p> <p>1.3.1.3 Apresenta e debate as informações epidemiológicas no Conselho Municipal de Saúde (CMS)?</p> <p>1.3.1.4 Utiliza sistematicamente as informações do perfil da situação de saúde para explicar e sensibilizar os atores-chave sobre suas implicações?</p> <p>1.3.1.5 Garante aos membros do CMS um conjunto abrangente de informações para subsidiá-los na formulação da política municipal de saúde?</p> <p>1.3.1.6 Solicita rotineiramente e incorpora sugestões da área técnica de Vigilância e Sistemas de Informação para melhorar o conteúdo, a apresentação e a distribuição das informações sobre a situação de saúde?</p>			
2.	<p>INSTRUMENTOS E PROCESSOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS dispõe de: =Instrumentos e protocolos específicos para medir e avaliar a situação de saúde da população.</p>			

	<p>=Sistema municipal integrado de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde, especialmente voltado à identificação de desigualdades.</p> <p>=Protocolos específicos para manter o sigilo dos dados pessoais.</p>			
2.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe ou desenvolveu instrumentos específicos para medir e avaliar a situação de saúde da população?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Os instrumentos e a metodologia para medir e avaliar a situação de saúde:</p> <p>2.1.1.1 Foram desenvolvidos pela própria Gestão Municipal?</p> <p>2.1.1.2 Incluem a definição das atribuições da esfera municipal na coleta de informação?</p> <p>2.1.1.3 Facilitam aos Conselhos de Saúde e à população em geral o acesso à informação mantendo a privacidade das pessoas?</p> <p>2.1.1.4 Incluem processos de melhoria contínua dos sistemas de informação?</p> <p>Em caso afirmativo, os processos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas uniformes em todos os níveis do sistema de informação? • Procedimento compatível com as necessidades das instâncias municipal, estadual e nacional das qual o sistema faz parte e às quais deve prestar informação? • Revisão periódica das normas e dos procedimentos para avaliar sua pertinência, segundo os avanços tecnológicos e as mudanças da política de saúde? <p>2.1.1.5 Descrevem os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral?</p> <p>2.1.1.6 Protegem o sigilo da informação mediante o uso de protocolos definidos para ter acesso aos dados?</p> <p>2.1.1.7 Descrevem os procedimentos a serem seguidos para organizar a informação em um perfil da situação de saúde?</p>			
3.	<p>CAPACIDADE TÉCNICA E RECURSOS PARA O MONITORAMENTO, A ANÁLISE E A AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>= Dispõe de pessoal especializado em coleta, avaliação, gestão, tradução, interpretação, difusão e comunicação dos dados sobre a situação de saúde.</p> <p>= Desenvolve capacitação do pessoal técnico para o monitoramento, a análise e a avaliação em função das características do perfil de saúde.</p> <p>= Tem acesso a especialistas e recursos necessários para transformar os dados em informação, visando ao planejamento, à gestão e à tomada de decisão pelos gestores, pelo Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>= Dispõe no quadro de pessoal da Secretaria de um ou mais profissionais com treinamento em Epidemiologia.</p>			

3.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de recursos humanos com capacitação e experiência em Epidemiologia e Estatística?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Esses profissionais possuem treinamento e experiência nas seguintes áreas:</p> <p>3.1.1.1 Epidemiologia e/ou Estatística em nível de especialização? 3.1.1.2 Epidemiologia e/ou Estatística em nível de mestrado? 3.1.1.3 Elaboração de projetos para a coleta de dados quantitativos e qualitativos? 3.1.1.4 Consolidação de dados oriundos de fontes diversas? 3.1.1.5 Análise integrada de dados? 3.1.1.6 Interpretação dos resultados e formulação de conclusões cientificamente válidas a partir dos dados analisados? 3.1.1.7 Tradução dos dados em informação clara e útil por meio da interação com especialistas em comunicação social, para produzir documentos compreensíveis para diferentes finalidades? 3.1.1.8 Elaboração e manutenção de registros de informação sobre agravos ou enfermidades (por exemplo: hanseníase, tuberculose e registro de câncer)? 3.1.1.9 Comunicação de informação em saúde aos diferentes setores da Secretaria Municipal de Saúde, aos representantes do CMS e às demais organizações da comunidade? 3.1.1.10 Investigação e análises quantitativas e qualitativas?</p>			
3.2	A Secretaria Municipal de Saúde realizou, nos últimos dois anos, capacitação dos profissionais do município que atuam na área de Epidemiologia e Estatística?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Os conteúdos das capacitações referidas na pergunta-mãe envolvem:</p> <p>3.2.1.1 A elaboração de planos de amostragem para a coleta de dados? 3.2.1.2 A consolidação de dados oriundos de fontes diversas? 3.2.1.3 A análise de dados? 3.2.1.4 A interpretação dos resultados e a formulação de conclusões cientificamente válidas a partir dos dados analisados? 3.2.1.5 A tradução dos dados em informação clara e útil? 3.2.1.6 A elaboração e a manutenção de registros de informação sobre enfermidades ou problemas específicos (por exemplo: registro de câncer)? 3.2.1.7 A comunicação de informação de saúde à população? 3.2.1.8 A comunicação de informação aos atores-chave no Município?</p>			
4.	SUPORTE TECNOLÓGICO PARA O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.			

	<p>Padrão:</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>= Dispõe de recursos de informática para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde em todos os níveis do sistema de saúde.</p> <p>= É capaz de compartilhar os dados de diversas procedências e convertê-los em formatos padronizados.</p> <p>= Utiliza uma rede informatizada de comunicação de alta velocidade para vincular-se com outras organizações e profissionais em âmbito municipal, estadual e nacional.</p> <p>= Garante o treinamento e a educação permanente do pessoal sobre sistemas de dados e registros em banco de dados informatizado para o bom uso desses recursos no sistema de saúde.</p>			
4.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe e utiliza recursos de informática para monitorar a situação de saúde da população do município?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>4.1.1.1 Dispõe de recursos de informática para monitorar a situação de saúde da população no âmbito municipal?</p> <p>4.1.1.2 Utiliza recursos de informática para monitorar os sistemas municipais de informação em saúde (SINASC, SIM, SINAN, SI-API, outros)?</p> <p>4.1.1.3 Dispõe de um ou mais computadores com processadores de alta velocidade exclusivos para esta função?</p> <p>4.1.1.4 Dispõe de softwares de uso freqüente (processadores de texto, planilhas de cálculo, aplicativos de desenho gráfico e de apresentações)?</p> <p>4.1.1.5 É capaz de transformar dados de procedências diversas em formatos padrões?</p> <p>4.1.1.6 Dispõe de acesso exclusivo e de alta velocidade à internet?</p> <p>4.1.1.7 Dispõe de comunicação eletrônica com as unidades ou serviços que geram e utilizam informação?</p> <p>4.1.1.8 Possui capacidade de armazenamento para manter as bases de dados do perfil da situação de saúde do município?</p> <p>4.1.1.9 Dispõe de capacidade para processar as bases de dados do perfil de saúde?</p> <p>4.1.1.10 Dispõe de acesso rápido à manutenção especializada do sistema informatizado?</p> <p>4.1.1.11 Avalia uma vez por ano a necessidade de atualização dos recursos de informática?</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Desenvolve estratégias de promoção da saúde com base nas necessidades da população do município; = Estabelece incentivos ou busca apoio do Estado para o fomento de iniciativas de promoção integradas às ações de saúde e intersetoriais. =Desenvolve e implementa atividades de promoção, educação e comunicação em saúde acessíveis a todos os cidadãos com incentivos próprios ou do Estado.			
1.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de uma política de promoção e educação para a saúde escrita e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?			
1.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> Essa política: 1.1.1.1 Incorpora as propostas e recomendações contidas na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n. 687de 30/03/06)? 1.1.1.2 Incorpora as recomendações das Conferências Municipais de Saúde e de outros setores relevantes do município? 1.1.1.3 Define, com clareza, objetivos e metas de curto, médio e longo prazo em matéria de promoção da saúde da população do município? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Essas metas são estabelecidas com a participação dos demais órgãos de governo? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS dispõe de estratégia e recurso para estimular a participação de organizações governamentais e não-governamentais na execução da política e de projetos de promoção da saúde?			
1.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> 1.2.1.2 A Política Municipal de promoção da saúde integra ações intersetoriais de educação, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, trabalho e moradia?			
1.3	A Gestão Municipal do SUS estabelece estratégia para a execução das ações, programas e projetos voltados para a promoção da saúde?			
1.3.1	<u>Caso afirmativo:</u>			

	<p>1.3.1.1 Planeja e executa as ações de educação permanente em saúde para a implantação da política de promoção da saúde e mudanças de condutas pelo exercício da autonomia dos sujeitos?</p> <p>1.3.1.2 Avalia, no mínimo uma vez ao ano, o processo e os resultados obtidos?</p> <p>1.3.1.3 Modifica as estratégias de intervenções de acordo com os resultados da avaliação?</p> <p>1.3.1.4 Avalia, no mínimo uma vez ao ano, o processo e os resultados obtidos?</p> <p>1.3.1.5 Modifica as estratégias de ações de acordo com os resultados da avaliação?</p>			
2.	<p>DESENVOLVIMENTO E FORTALECIMENTO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Desenvolve estratégias de educação e comunicação em saúde com base nas necessidades da população do município; = Estabelece incentivos ou busca apoio do Estado para o fomento de iniciativas efetivas de educação integradas à atenção à saúde e aos diversos programas intersetoriais. =Desenvolve e implementa atividades de educação e comunicação em saúde, acessíveis a todos os cidadãos com incentivos próprios ou do Estado.</p>			
2.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de projetos de educação, informação e comunicação para a promoção da saúde?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>2.1.1.1 Este(s) projeto (s) foi (foram) aprovado (s) no Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.2 Define, com clareza, objetivos e metas de curto e longo prazo em matéria de educação e comunicação em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Essas metas são estabelecidas com a participação dos demais órgãos de governo? <p>2.1.1.3 O (s) projeto (s) de educação, informação e comunicação em saúde integra (m) ações intersetoriais de educação, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, trabalho e moradia?</p> <p>2.1.1.4 Possui disponibilidade orçamentária e financeira para o desenvolvimento de projetos, incluindo a capacitação de recursos humanos e produção de eventos em educação, informação e comunicação em saúde?</p> <p>2.1.1.5 Os projetos de educação e comunicação em saúde executaram todos os recursos financeiros a eles destinados no ano anterior?</p>			
3.	<p>FORMAÇÃO DE ALIANÇAS SETORIAIS E EXTRA-SETORIAIS PARA A PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS:</p>			

	<p>=Garante que as atividades realizadas reforcem a ação das instituições do governo e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera municipal.</p> <p>=Dispõe de um grupo de condução estratégica e de assessoria de base de sustentação que orienta o processo de formação de alianças para desenvolvimento de políticas de promoção da saúde.</p> <p>=Estabelece alianças com organizações governamentais, não-governamentais e comunitárias para fortalecimento da política de promoção da saúde e oferece recursos para o desenvolvimento dessas alianças.</p> <p>=Articula a captação de novos recursos junto aos demais órgãos de financiamento do governo e de organismos não-governamentais.</p> <p>=Informa periodicamente os diversos atores sociais sobre as políticas de saúde e as ações prioritárias de reforço da promoção e da educação em saúde.</p> <p>=Monitora e avalia o impacto em saúde das políticas públicas extra-setoriais, a efetividade de sua capacidade de formação de alianças e implementa ações de melhoria com base nos resultados dessa avaliação.</p> <p>=Monitora e avalia o impacto em saúde da política de promoção, educação e comunicação em saúde, a efetividade de sua capacidade de formação de alianças e implementa ações de melhoria com base nos resultados dessa avaliação.</p>			
3.1	Há uma instância na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão da promoção, educação e comunicação em saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa instância:</p> <p>3.1.1.1 Possui um plano de ação que define as responsabilidades dos atores integrados a ela? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora o plano considerando o perfil da situação de saúde do município e das necessidades demandadas pela população? • Avalia periodicamente o plano e divulga os resultados dessa avaliação? • Incorpora ao plano as ações corretivas derivadas da avaliação? • Presta conta anualmente de seu trabalho aos atores-chave? <p>3.1.1.2 Desenvolveu alguma atividade de promoção, educação e comunicação em saúde em conjunto com outras organizações ou setores de governo nos últimos 12 meses?</p>			
3.2	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de capacidade para medir o impacto, no setor saúde, das políticas públicas geradas por outros setores?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>3.2.1.1 Dispõe de pessoal capacitado para a análise epidemiológica de fenômenos multifatoriais?</p> <p>3.2.1.2 Dispõe de metodologias e instrumentos para medir o impacto de políticas públicas por outros setores</p>			

	na saúde?			
3.3	A Gestão Municipal do SUS fomenta o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 3.3.1.1 Identifica e estimula a implementação das políticas de impacto na saúde das pessoas e do ambiente? 3.3.1.2 Monitora e avalia o impacto das políticas sociais e econômicas prioritárias para a saúde? 3.3.1.3 Reforça o desenvolvimento das políticas públicas para obter o máximo benefício na saúde das pessoas e do ambiente? Em caso afirmativo, poderia citar um exemplo de atuação da Gestão Municipal do SUS em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Políticas ambientais? • Políticas econômicas? • Políticas sociais? 			
4.	<p>PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO MUNICIPAL DAS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Desenvolve um processo sistemático de informação e educação à população, atuando na melhoria das condições de saúde. =Desenvolve esse processo em colaboração com organizações governamentais e não-governamentais, setoriais e extra-setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis. =Apóia o desenvolvimento de programas educativos, culturais e lingüisticamente adequados, voltados a grupos específicos da sociedade. =Realiza campanhas educativas de promoção da saúde envolvendo as organizações governamentais e não-governamentais por intermédio dos meios de comunicação de massa, como televisão, rádio e imprensa escrita. =Disponibiliza outras formas de informação sobre saúde ao alcance da população. =Avalia a efetividade e a pertinência das atividades de promoção e educação anualmente, utilizando o feedback recebido da população que participou dos programas.</p>			
4.1	A Gestão Municipal do SUS desenvolveu e implementou, nos últimos 12 meses, uma agenda voltada para ações de educação para a saúde, visando estimular iniciativas que melhoram as condições de saúde da população?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa agenda ou outras iniciativas de educação:</p>			

	<p>4.1.1.1 São desenvolvidas em colaboração com outras instituições governamentais?</p> <p>4.1.1.2 Com instituições não-governamentais?</p> <p>4.1.1.3 Incluem as contribuições da população?</p> <p>4.1.1.4 Incorporam as novas tendências e as tecnologias das ciências da comunicação em saúde?</p> <p>4.1.1.5 Incluem as recomendações e os acordos internacionais mais importantes em promoção da saúde?</p> <p>4.1.1.6 Garantem a integração das ações de promoção?</p> <p>4.1.1.7 Incluem ações para tornar acessível, a promoção da saúde a grupos culturalmente diversos?</p>			
4.2	A Gestão Municipal do SUS implementou campanhas de promoção da saúde pelos meios de comunicação social durante os últimos 12 meses?			
4.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essas campanhas envolveram:</p> <p>4.2.1.1 Imprensa escrita?</p> <p>4.2.1.2 Rádio?</p> <p>4.2.1.3 Televisão?</p> <p>4.2.1.4 Internet?</p> <p>4.2.1.5 Avaliação do resultado das campanhas mediante pesquisas de opinião pública ou técnicas de grupos focais?</p> <p>Em caso afirmativo, avaliou-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A compreensão das mensagens? • O acesso às mensagens? • Os resultados em termos de mudanças no conhecimento da população? • Os resultados em termos de mudanças no comportamento? • A incorporação dos resultados da avaliação no planejamento de campanhas futuras? 			
4.3	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de um setor destinado a produzir e a fornecer informação e materiais educativos para a promoção da saúde ou tem um prestador de serviço contratado para fim específico?			
4.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>4.3.1.1 Dispõe de uma página na Internet com informações úteis para a promoção da saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia periodicamente, pelo menos a cada seis meses, a utilização da página pelos usuários, considerando o número de acessos e as opiniões dos usuários? <p>4.3.1.2 Os materiais educativos distribuídos foram atualizados nos últimos 12 meses?</p> <p>4.3.1.3 A qualidade dos materiais e sua utilidade foram avaliadas nos últimos 12 meses?</p> <p>4.3.1.4 A produção e o fornecimento de informação e de materiais educativos são avaliados anualmente?</p>			

	<p>4.3.1.5 Dispõe de uma linha telefônica dedicada com serviço eletrônico de mensagens sobre promoção da saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avalia o uso da linha telefônica no mínimo a cada seis meses? <p>4.3.1.6 Dispõe de outros meios alternativos?</p>			
5.	<p>REORIENTAÇÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Defende e facilita o diálogo e o consenso entre os tomadores de decisão para maximizar os recursos voltados à promoção, educação e comunicação em saúde.</p> <p>=Incorpora mecanismos de alocação de recursos aos prestadores de serviços e incentiva-os a adotar o enfoque de promoção e educação em saúde.</p> <p>= Desenvolve estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços com ênfase na promoção e educação em saúde.</p> <p>=Adota critérios de promoção da saúde nos mecanismos regulatórios para certificação, acreditação de estabelecimentos de saúde, redes de prestação de serviços e qualificação dos profissionais de saúde.</p> <p>=Reforça a importância da Atenção Primária à Saúde, estabelecendo estratégias por meio das quais o gestor, os gerentes e profissionais assumam responsabilidades pela atenção e pelo cuidado integral à saúde;</p> <p>=Reforça o componente da promoção, educação, informação e comunicação em saúde nos programas de desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da formação em saúde.</p> <p>=Promove o consenso entre os especialistas sobre protocolos clínicos que incorporem os componentes de prevenção e promoção bem como comunicação e educação em saúde, além de supervisionar a implementação desses instrumentos.</p> <p>=Incentiva a comunicação entre gerentes, equipes de saúde e usuários para melhorar a efetividade da promoção da saúde e desenvolver responsabilidade nos cuidados à saúde.</p>			
5.1.	As instâncias colegiadas do SUS discutem a importância da promoção, educação e comunicação em saúde?			
5.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.1.1.1 Faz constar a política e os programas de promoção da saúde nas pautas prioritárias do Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>5.1.1.2 Encaminha para deliberação no Conselho Municipal de Saúde a avaliação das políticas, dos programas e das ações de promoção da saúde?</p>			
5.2	A Gestão Municipal do SUS desenvolve estratégias para reorientar o sistema e os serviços de saúde com			

	ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?			
5.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.2.1.1 Recebe financiamento ou estabelece mecanismos de captação de recursos/ financiamento da atenção à saúde que incentivem a promoção, a educação e a comunicação em saúde no sistema municipal de saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avalia o resultado da aplicação desses mecanismos para favorecer o desenvolvimento da promoção da saúde nos serviços? <p>5.2.1.2 Estabelece mecanismos de financiamento para fomento da promoção e educação em saúde nos serviços privados?</p> <p>5.2.1.3 Promove a adequação das instalações físicas dos serviços para favorecer a promoção, educação e comunicação em saúde?</p> <p>5.2.1.4 Considera os conhecimentos e as habilidades em promoção da saúde na realização de concursos e outros processos seletivos?</p> <p>5.2.1.5 Desenvolve ou adota/utiliza um instrumento de certificação/acreditação de estabelecimentos de saúde, considerando a dedicação destes nas atividades de promoção da saúde?</p> <p>5.2.1.6 Promove ações e medidas de promoção da saúde em parceria com operadores de planos privados de saúde?</p> <p>5.2.1.7 Promoveu a elaboração e/ou a implementação de protocolos clínicos que respaldem as práticas efetivas de promoção da saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poderia citar um exemplo desses protocolos que estejam atualmente em vigor? <p>5.2.1.8 Promoveu consensos, acordos e/ou pactos de responsabilidades formais para a promoção da saúde, envolvendo gestor, gerentes, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e representantes de usuário?</p>			
5.3	A Gestão Municipal do SUS prioriza a organização da Atenção Primária à Saúde com ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?			
5.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.3.1.1 Prioriza a formação das equipes da Atenção Primária com ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?</p> <p>5.3.1.2 Promove estratégias e incentivos para enfrentar os problemas de saúde com ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?</p> <p>5.3.1.3 Estabelece mecanismos de financiamento para a Atenção Primária com ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?</p>			

	5.3.1.4 Estabelece ou adota uma política de incentivos para as equipes de Atenção Primária para o desenvolvimento das ações de promoção, educação e comunicação em saúde?			
5.4	A Gestão Municipal do SUS fortalece o desenvolvimento de recursos humanos com ênfase na promoção, educação e comunicação em saúde?			
5.4.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 5.4.1.1 Estimula os Centros de Formação a incluir conteúdos de promoção da saúde e fomenta atitudes positivas nos estudantes da área de saúde? 5.4.1.2 Inclui componentes de promoção, educação e comunicação em saúde nos programas de educação permanente?			
6.	CAPACIDADE TÉCNICA PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Dispõe de profissionais com capacidades e habilidades para coordenar as ações de implementação da promoção da saúde no município. = Contribui com orientações, informações e práticas baseadas em evidências para fortalecer a promoção da saúde no município. = Dispõe de infra-estrutura, recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento da promoção e da educação em saúde.			
6.1	A Gestão Municipal do SUS possui capacidade para fortalecer as ações vinculadas a programas e projetos de promoção da saúde?			
6.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS possui profissionais qualificados para atuar nas seguintes áreas: 6.1.1.1 Promoção da saúde no trabalho? 6.1.1.2 Educação para a saúde? 6.1.1.3 Trabalho com grupos? 6.1.1.4 Articulação e mobilização dos meios de comunicação de massa? 6.1.1.5 Técnicas de comunicação? 6.1.1.6 Criação de materiais educativos para a promoção da saúde adaptados a culturas diversas? Em caso afirmativo, nos últimos 12 meses: <ul style="list-style-type: none"> • Os temas foram revisados e atualizados e as mensagens utilizadas nos materiais educativos são adequadas? • Os materiais educativos foram analisados e avaliados para adequação às diferentes realidades 			

	culturais existentes no território?			
6.2	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade e as necessidades do município para desenvolver ações de promoção da saúde?			
6.2.1	<p>Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>6.2.1.1 Formulou/elaborou um plano de apoio ao desenvolvimento da capacidade técnica operacional necessária ao município ou utilizou um plano do estado?</p> <p>6.2.1.2 Realiza a avaliação dos resultados do plano e implementou ações com base nos resultados da avaliação?</p> <p>6.2.1.3 Dispõe de instalações e equipamentos que permitam apoiar o município na produção de materiais educativos?</p> <p>Em caso afirmativo, o município dispõe de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessoria e recursos gráficos? • Capacitação para uso desses instrumentos? <p>6.2.1.4 Articula com outros atores sociais com capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar exemplos de ações coordenadas com esses atores sociais durante o último ano? 			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 3 - COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E O CONTROLE DE DOENÇAS/AGRAVOS, RISCOS E DANOS À SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Identifica as ameaças e os fatores de risco para a saúde no município. =Responde oportunamente a fim de controlar os problemas detectados. =Coordena os diferentes sistemas de informações e comunicação de vigilância à saúde. =Opera diferentes sistemas de vigilância à saúde, capazes de identificar e analisar as ameaças à saúde. =Define/estabelece parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes. =Desenvolve e utiliza redes de comunicação, buscando o feedback da informação em nível local.</p>			

1.1	A Secretaria Municipal de Saúde está organizada e possui infra-estrutura para identificar oportunamente riscos e agravos à saúde?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Sistema Municipal de Vigilância à Saúde tem infra-estrutura para:</p> <p>1.1.1.1 Analisar a natureza/tipo e a magnitude das ameaças? 1.1.1.2 Monitorar eventos adversos e riscos para a saúde em um período de tempo? 1.1.1.3 Vigiar as mudanças nas condições de vida que influenciam na saúde da população? 1.1.1.4 Fazer a vigilância de produto e serviços e ambientes de trabalho? 1.1.1.5 Gerar relatórios regulares dos diferentes sistemas para análises que permitam identificar ameaças para a saúde da população? 1.1.1.6 Analisar rotineiramente as tendências de enfermidades, danos ou fatores de risco sob vigilância? 1.1.1.7 Produzir e divulgar boletins periódicos? 1.1.1.8 Obter e processar sistematicamente o feedback sobre suas publicações? 1.1.1.9 Avaliar regularmente a capacidade do município, dos distritos e das áreas em dar respostas rápidas às ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde? 1.1.1.10 Incorporar informações de outros sistemas de informação em saúde? 1.1.1.11 Incorporar informações de outros sistemas de vigilância de diferentes atores (órgãos ambientais, controle de qualidade de produtos, qualidade de água, ar e outros)?</p>			
2.	<p>CAPACIDADES TÉCNICA E INSTITUCIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Possui suficiente capacidade técnica nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador para desenvolver e difundir protocolos escritos que ajudem a identificar e a analisar os riscos e os agravos à saúde. =Possui profissionais devidamente qualificados para monitoramento de ambientes, grupos populacionais expostos a situações de risco. =Realiza oportunamente análises sobre ameaças à saúde, riscos e eventos adversos, utilizando os insumos desses serviços e de outros sistemas de vigilância que possam existir no município. =Investiga diretamente ou solicita a outras instituições, investigações sobre os principais eventos adversos à saúde. =Tem acesso a serviços clínicos e ambientais capazes de realizar triagens populacionais e amostragens ambientais.</p>			
2.1	A Secretaria Municipal de Saúde possui capacidade suficiente para analisar as ameaças e os riscos à saúde?			

2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Esta capacidade inclui:</p> <p>2.1.1.1 Elaboração de protocolos escritos para identificar as ameaças à saúde? 2.2.1.2 Serviços de verificação de óbito? 2.2.1.3 Manejo de sistemas de informação geográfica?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de um sistema ativo de informação geográfica? <p>2.2.1.4 Experiência em metodologias que possam explicitar as desigualdades em saúde que geram situação de risco? 2.2.1.5 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde ambiental e à toxicologia? 2.2.1.6 Experiência em análise e investigação populacional de doenças infecciosas? 2.2.1.7 Experiência em análise e investigação populacional de doenças crônicas? 2.2.1.8 Experiência em análise e investigação populacional de acidentes e violências? 2.2.1.9 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde mental? 2.2.1.10 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde do trabalhador? 2.2.1.11 Profissionais capacitados para desenvolverem avaliações epidemiológicas rápidas (amostras de conglomerados, métodos rápidos de investigação)? 2.2.1.12 Experiência em triagens rápidas de populações expostas a risco ou nas que se reportaram problemas de saúde? 2.2.1.13 Processamento de coleta e análise de amostras ambientais rápidas em resposta a informes de risco à saúde? 2.2.1.14 Busca contribuições e estabelece articulações com outras disciplinas como: Clínica, Estatística e Ciências Sociais, no processo de análise?</p>			
2.2	A Gestão Municipal do SUS avalia regularmente as informações produzidas pelos diferentes sistemas de vigilância à saúde?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.2.1.1 Avalia anualmente a qualidade da informação produzida pelos diferentes sistemas (SINASC, SIM, SINAN, SI-API, outros) de vigilância à saúde, buscando corrigir as inconsistências? 2.2.1.2 Avalia anualmente o uso da informação produzida pelos sistemas de vigilância à saúde? 2.2.1.3 Desenvolveu ou solicitou alguma investigação para conhecer melhor algum problema que represente uma ameaça para a saúde no município?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia dar um exemplo de uma investigação realizada nos últimos 12 meses? 			

	2.2.1.4 Utilizou os resultados dessa investigação para melhorar os sistemas de vigilância epidemiológica?			
2.3	A Gestão Municipal do SUS desenvolve a capacidade de vigilância à saúde?			
2.3.1	<p>Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS: 2.3.1.1 Faz um levantamento das necessidades de pessoal especializado, capacitação, equipamento, entre outras necessidades para a vigilância à saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza esse levantamento para definir prioridades, capacitação e investimento nos sistemas de vigilância à saúde? <p>2.3.1.2 Produz informes sobre as formas de acessar a rede de laboratórios de saúde pública? 2.3.1.3 Realiza capacitação incorporando o conceito de vigilância à saúde com ações na área de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador? 2.3.1.4 Define o trabalho da equipe responsável pelos sistemas de vigilância à saúde no tocante à comunicação com os distritos? 2.3.1.5 Define protocolos (formas) para a comunicação entre os níveis de complexidade dos sistemas de vigilância à saúde? 2.3.1.6 Busca informações sobre as “boas práticas” e novas técnicas no controle de riscos e agravos à saúde e as difunde rotineiramente? 2.3.1.7 Elabora e distribui informes periódicos e regulares sobre o estado atual das doenças e os riscos à saúde sob vigilância permanente no município?</p>			
3.	<p>CAPACIDADE OPERACIONAL DOS LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA. Padrão: A Secretaria Municipal de Saúde: =Dispõe de (ou tem acesso a) laboratórios de saúde pública de complexidade crescente (hierarquizada) com capacidade de apoiar e dar respostas efetivas às ações de vigilância em saúde. =No caso de ter laboratório municipal de saúde pública: Responde pelo cumprimento das normas e dos padrões de acreditação e avaliação dos profissionais, bem como dos equipamentos, das instalações e da segurança dos laboratórios, realizando o controle de qualidade de seus processos. =Tem capacidade para processar exames e análises clínicas e ambientais para identificar doenças e agravos que coloquem em risco a população em geral ou grupos específicos. =Garante que os laboratórios que formam a rede municipal ou o laboratório municipal tenham capacidade de cruzar informação com os demais laboratórios participantes, padronizando seus procedimentos com os de um laboratório de referência nacional. =Garante que o laboratório de referência municipal esteja coordenado efetivamente com laboratórios</p>			

	<p>nacionais de referência.</p> <p>=Garante que a rede de laboratórios de saúde pública ou o laboratório de saúde pública disponha de procedimentos para receber informações de laboratórios públicos e privados com o propósito de monitorar as enfermidades em estudo.</p> <p>=Coordena a rede de laboratórios públicos e privados do município que realizam análises de interesse em saúde pública.</p> <p>=Supervisiona o estrito cumprimento das normas, dos padrões de acreditação dos protocolos de manipulação, o armazenamento e o transporte de amostras coletadas pelos laboratórios públicos e privados.</p> <p>=Garante a informação oportuna sobre quais laboratórios possuem a capacidade de analisar as amostras em casos de agravos e doenças que colocam em risco a saúde da população.</p>			
3.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de laboratórios de referência, estruturados para responder adequadamente às ações de vigilância à saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>O(s) laboratório(s) de saúde pública:</p> <p>3.1.1.1 Estão adequados para pesquisas e análises entomológicas e em condições de identificar os agentes causadores de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • doenças infecciosas de notificação compulsória? • doenças crônicas de notificação compulsória? • acidentes e violências? • doenças relacionada à saúde mental? • doenças relacionada à saúde do trabalhador? <p>3.1.1.2 Mantêm uma lista atualizada dos laboratórios capazes de realizar análises especializadas diante das necessidades derivadas da vigilância à saúde?</p> <p>3.1.1.3 Dispõem de protocolos rigorosos para o manejo, o transporte e o armazenamento de amostras coletadas por laboratórios públicos ou privados?</p> <p>3.1.1.4 Possuem mecanismos formais de coordenação e referência da rede de laboratório (s) municipal (is) de saúde pública com um ou mais laboratórios nacionais de reconhecida excelência?</p> <p>3.1.1.5 Avaliam periodicamente a qualidade do diagnóstico do laboratório de referência da rede mediante comparação com os resultados do laboratório de referência nacional?</p> <p>3.1.1.6 Contam com procedimentos padronizados para receber informações de outros laboratórios privados e públicos com o propósito de monitorar enfermidades específicas?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliaram alguns desses procedimentos para determinar sua efetividade diante de situações específicas? 			

	<p>3.1.1.7 São capazes de cumprir com as necessidades de rotina das vigilâncias à saúde?</p> <p>3.1.1.8 Dispõem de um sistema para determinar o nível de cumprimento das regulamentações voltadas a certificar a qualidade desses laboratórios?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os laboratórios de saúde pública cumpriram estritamente as regulamentações voltadas a certificar a qualidade desses laboratórios? 			
4.	<p>CAPACIDADE DE RESPOSTA OPORTUNA E EFETIVA PARA O CONTROLE DE AGRAVOS E RISCOS À SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=É capaz de investigar e responder de maneira oportuna e eficiente no que lhe compete nos distintos níveis de complexidade em que ela se organiza para o controle de danos à saúde.</p> <p>=Avalia a capacidade do sistema para responder oportuna e efetivamente.</p> <p>=Certifica-se de que os distritos e áreas dispõem de recursos humanos capacitados e de infra-estrutura necessária para essa resposta.</p> <p>=Garante o controle sobre produtos e serviços de média e alta complexidade.</p> <p>=Estimula a avaliação permanente dos vínculos intersetoriais necessários para essa resposta em todos os níveis.</p> <p>=Disponibiliza para os distritos e áreas, normas, procedimentos e rotinas a serem seguidos para o controle de riscos e agravos à saúde.</p>			
4.1.	A Gestão Municipal do SUS possui capacidade de resposta oportuna e eficaz para o controle de riscos e agravos à saúde?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>4.1.1.1 Dispõem de protocolos e manuais de procedimento próprios ou do estado, baseados na informação obtida na vigilância, para uma resposta rápida diante dos danos à saúde do ambiente e das pessoas?</p> <p>4.1.1.2 Define prazos ou segue a definição pelo estado para o encerramento em tempo hábil das investigações realizadas?</p> <p>4.1.1.3 Enfatiza em seus manuais de procedimentos e normas a importância de uma resposta rápida e autônoma dos níveis mais próximos da origem do problema enfrentado?</p> <p>4.1.1.4 Define, em conjunto com as outras esferas de governo, suas atribuições na realização de ações de controle de riscos e agravos à saúde e as divulga?</p> <p>4.1.1.5 Participa na definição das suas atribuições na realização de ações de controle de riscos e agravos à saúde e as divulga?</p>			

	4.1.1.6 Estabelece ou utiliza mecanismos de reconhecimento e estímulo ao bom desempenho das equipes encarregadas da resposta às emergências detectadas? 4.1.1.7 Detectou alguma ameaça à saúde pública de forma oportuna nos últimos 24 meses? Em caso afirmativo: • Poderia citar um exemplo?			
4.2	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade de resposta do sistema de vigilância diante de cada emergência de saúde enfrentada?			
4.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.2.1.1 Comunica os resultados dessa avaliação e adota medidas corretivas? 4.2.1.2 Supervisiona o cumprimento das medidas corretivas para melhoria da capacidade de resposta?			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 4 - EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA E PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GRUPOS COM RISCOS E NECESSIDADES ESPECIAIS

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DE GRUPOS POPULACIONAIS VULNERÁVEIS E ESPECIAIS. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Identifica as ameaças e os fatores de risco para a saúde de grupos populacionais vulneráveis e portadores de patologias ou necessidades especiais. = Desenvolve ações de intensificação de ações de caráter preventivo e curativo, levando em conta as diversidades locais e as particularidades a que cada grupo ou segmento populacional está exposto. =Adoção de medidas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de patologias ou necessidades especiais. =Define parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco e análise com base no tipo de necessidade especial. =Realiza oportunamente análises sobre os recursos que possam existir no município para contribuir com a melhoria da qualidade de vida destes segmentos populacionais.			
1.1	A Secretaria Municipal de Saúde está organizada e possui infra-estrutura para identificar oportunamente riscos e agravos à saúde de grupos populacionais vulneráveis e especiais?			

1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Sistema Municipal de Vigilância à Saúde tem infra-estrutura para:</p> <p>1.1.1.1 Analisar a natureza e a magnitude das ameaças? 1.1.1.2 Monitorar eventos adversos e riscos para a saúde em um período de tempo? 1.1.1.3 Vigiar as mudanças nas condições de vida que influenciam na saúde da população? 1.1.1.4 Gerar relatórios regulares dos diferentes sistemas para análises que permitam identificar ameaças para a saúde destes segmentos populacionais? 1.1.1.5 Analisar rotineiramente as tendências de enfermidades, danos ou fatores de risco sob vigilância? 1.1.1.6 Produzir e divulgar boletins periódicos? 1.1.1.7 Obter e processar sistematicamente o feedback sobre suas publicações? 1.1.1.8 Avaliar regularmente a capacidade do município, dos distritos e das áreas em dar respostas rápidas às ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde? 1.1.1.9 Incorporar informações de outros sistemas de informação em saúde? 1.1.1.10 Incorporar informações de outros sistemas de vigilância de diferentes atores (órgãos ambientais, controle de qualidade de produtos, qualidade de água, ar e outros)?</p>			
2.	<p>CAPACIDADE INSTITUCIONAL E TÉCNICA PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE REDUÇÃO DO IMPACTO E CONTROLE DAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E DESASTRES EM SAÚDE PÚBLICA.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Possui capacidade técnica para desenvolver e difundir protocolos escritos que ajudem a orientar as ações de redução do impacto e controle de situações de emergências e desastres. =Possui profissionais devidamente qualificados para monitoramento de ambientes e grupos populacionais expostos a situações de risco. =Administra diretamente ou solicita a outras instituições recursos materiais, humanos e financeiros para lidar com as situações de emergências e desastres em Saúde Pública.</p>			
2.1	<p>A Secretaria Municipal de Saúde possui capacidade para desenvolver as ações de redução do impacto de emergências e desastres?</p>			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Esta capacidade inclui:</p> <p>2.1.1.1 Elaboração de protocolos escritos para redução do impacto de emergências e desastres? 2.2.1.2 Serviços de verificação de óbito? 2.2.1.3 Manejo de sistemas de informação geográfica?</p> <p>Em caso afirmativo:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> • A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de um sistema ativo de informação geográfica? 2.2.1.4 Experiência em análise e investigação populacional de acidentes e desastres? 2.2.1.5 Profissionais capacitados para desenvolverem avaliações epidemiológicas rápidas (amostras de conglomerados, métodos rápidos de investigação)? 2.2.1.6 Experiência em triagens rápidas de populações expostas a risco ou nas que se reportaram problemas de saúde? 2.2.1.7 Busca contribuições e estabelece articulações com outras disciplinas como: Clínica, Estatística e Ciências Sociais, no processo de análise? 			
2.2	A Gestão Municipal do SUS administra diretamente os recursos para lidar com as situações de emergências e desastres em Saúde Pública?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.2.1.1 Administra diretamente os recursos materiais para lidar com as situações de emergências e desastres em Saúde Pública?</p> <p>2.2.1.2 Administra diretamente os recursos humanos para lidar com as situações de emergências e desastres em Saúde Pública?</p> <p>2.2.1.3 Administra diretamente os recursos financeiros para lidar com as situações de emergências e desastres em Saúde Pública?</p> <p>2.2.1.4 Analisa a qualidade da informação produzida pela mídia e pelos diferentes sistemas buscando caracterizar a situação de emergência e corrigir as inconsistências?</p>			
3.	<p>CAPACIDADE DE RESPOSTA OPORTUNA E EFETIVA PARA A REDUÇÃO DO IMPACTO ÀS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS E DESASTRES EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=É capaz de investigar e responder de maneira oportuna e eficiente no que lhe compete nos distintos níveis de complexidade em que ela se organiza para a redução do impacto às situações de emergências e desastres em saúde.</p> <p>=Avalia a capacidade do sistema para responder oportuna e efetivamente.</p> <p>=Certifica-se de que os distritos e áreas dispõem de recursos humanos capacitados e de infra-estrutura necessária para essa resposta.</p> <p>=Garante o controle sobre produtos e serviços de média e alta complexidade.</p> <p>=Estimula a avaliação permanente dos vínculos intersetoriais necessários para essa resposta em todos os níveis.</p> <p>=Disponibiliza para os distritos e áreas normas, procedimentos e rotinas a serem seguidos nas situações de</p>			

	emergência.			
3.1	A Gestão Municipal do SUS possui capacidade de resposta oportuna e eficaz para o controle de riscos e redução do impacto das situações de emergência e desastres em saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.1.1.1 Dispõe/utiliza de protocolos e manuais de procedimento próprios ou do estado, para uma resposta rápida diante dos danos à saúde das pessoas?</p> <p>3.1.1.2 Define prazos ou segue a definição pelo estado para o encerramento em tempo hábil das ações de redução do impacto realizadas?</p> <p>3.1.1.3 Define, em conjunto com as outras esferas de governo, ou participa na definição das suas atribuições na realização de ações de controle de riscos e redução do impacto e as divulga?</p> <p>3.1.1.4 Estabelece ou utiliza mecanismos de reconhecimento e estímulo ao bom desempenho das equipes encarregadas da resposta às emergências detectadas?</p> <p>3.1.1.5 Detectou alguma ameaça à saúde pública de forma oportuna nos últimos 24 meses?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar um exemplo? <p>3.1.1.6 Desenvolveu ou solicitou alguma investigação para conhecer melhor algum problema que represente uma ameaça para a saúde no município?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia dar um exemplo de uma investigação realizada nos últimos 12 meses? <p>3.1.1.7 Utilizou os resultados dessa investigação para melhorar as ações de controle de danos e redução do impacto?</p>			
3.2	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade de resposta do sistema de vigilância diante de cada emergência de saúde enfrentada?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.2.1.1 Comunica os resultados dessa avaliação a todos os que a compõem e adota medidas corretivas?</p> <p>3.2.1.2 Supervisiona o cumprimento das medidas corretivas para melhoria da capacidade de resposta?</p>			
3.3	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de rede estruturada de assistência à saúde em seus diversos níveis de complexidade?			
3.3.1	<p>A rede pública municipal de assistência à saúde dispõe de:</p> <p>3.3.1.1 Hospital?</p> <p>3.3.1.2 Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192?</p> <p>3.3.1.3 Ambulatórios?</p>			

	<p>3.3.1.4 Unidades de saúde da família?</p> <p>3.3.1.5 Serviços de apoio diagnóstico e laboratorial?</p> <p>3.3.1.6 Contam com procedimentos padronizados para receber informações sobre situações de emergência à Saúde Pública?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliaram alguns desses procedimentos para determinar sua efetividade diante de situações específicas? 			
3.4	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação para divulgar ações para o enfrentamento das situações de emergências em saúde pública e desastres em saúde?			
3.4.1	<p>Utiliza recursos como:</p> <p>3.4.1.1 Programas de rádio?</p> <p>3.4.1.2 Teatro educativo popular?</p> <p>3.4.1.3 Programas de televisão?</p> <p>3.4.1.4 Videoconferência?</p> <p>3.4.1.5 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 5 - PROMOÇÃO E GARANTIA DA OFERTA/PRESTAÇÃO DIRETA E ACESSO UNIVERSAL E EQÜITATIVO ÀS AÇÕES E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>INSTRUMENTOS E MECANISMOS TÉCNICOS PARA PROMOVER E GARANTIR O ACESSO UNIVERSAL E EQÜITATIVO DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Participa da elaboração do plano de regionalização junto ao estado e elabora a programação da assistência e garante seu cumprimento e sua atualização.</p> <p>= Define os novos investimentos para a ampliação da rede, a revisão da participação atual e a inclusão de novos prestadores de serviços de saúde no sistema em razão da programação da assistência e do plano de regionalização.</p> <p>= Avalia periodicamente a capacidade de garantir o acesso da população aos serviços de saúde e também</p>			

	implementa melhorias com base nos resultados dessa avaliação.			
1.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de pessoal capacitado no desenvolvimento de instrumentos de planejamento e programação necessários à elaboração e ao gerenciamento da assistência?			
1.1.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de pessoal capacitado em: 1.1.1.1 Planejamento e programação de saúde capaz de elaborar e gerenciar a assistência? 1.1.1.2 Regulação da atenção à saúde? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Na organização da regulação da referência intermunicipal? • Na execução da regulação da referência intermunicipal? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS dispõe de capacidade para a ampliação e/ou a realocação da oferta de ações e serviços de saúde em razão da programação da assistência e do plano de regionalização?			
1.2.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe, em sua equipe de atuação, pessoal com experiência e capacidade em: 1.2.1.1 Utilizar a programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes como instrumentos de planejamento? 1.2.1.2 Priorizar as revisões da programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes, no sentido de beneficiar a população com maior restrição de acesso? 1.2.1.3 Desenvolver desenhos adequados de redes a fim de garantir a integralidade da assistência? 1.2.1.4 Priorizar os investimentos no sentido de oferecer serviços o mais próximo possível do local de residência das pessoas? 1.2.1.5 O município negocia com o estado a inclusão de novos serviços no sistema municipal a fim de ampliar o acesso equitativo a toda a população? 1.2.1.6 Implementa métodos de Gestão do Sistema Municipal de saúde para promover o acesso universal e integral aos serviços?			
1.3	A Gestão Municipal do SUS avalia periodicamente sua capacidade para garantir, de forma efetiva, o acesso equitativo e universal aos serviços de saúde?			
1.3.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.3.1.1 Introduce mudanças com base nos resultados dessas avaliações? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de pessoal capacitado nessas questões no nível central? 			
2.	INSTRUMENTOS E MECANISMOS POLÍTICOS PARA GARANTIR O ACESSO UNIVERSAL E EQUITATIVO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE. Padrão:			

	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> = Informa aos tomadores de decisão, tais como, os membros do Conselho Municipal de Saúde sobre as restrições ao acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. = Apóia a participação de entidades representativas dos usuários no processo de defesa para melhorar o acesso aos serviços de saúde no município. = Propõe leis e estabelece normas complementares e/ou específicas para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, priorizando os grupos mais vulneráveis. = Propõe plano de intervenção direcionado para a garantia da acessibilidade dos serviços de saúde. = Dá especial atenção à coordenação com as universidades mais próximas ou da região ou outras instituições que preparam os profissionais e os técnicos de saúde para orientar a formação de recursos humanos com conhecimentos e habilidades para favorecer o acesso aos serviços de saúde coletivos e individuais. = Utiliza o conhecimento científico em saúde coletiva para o desenvolvimento de políticas que promovam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. = Identifica as falhas na distribuição dos recursos humanos para alcançar as populações sem cobertura e define estratégias para promover a superação dessas carências de cobertura. 			
2.1	A Gestão Municipal do SUS trabalha em conjunto com os representantes dos setores organizados da sociedade para superar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1.1.1 Discute com os membros do Conselho Municipal de Saúde sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde com o objetivo de enfrentar problemas de acesso a serviços de saúde? 2.1.1.2 Propõe leis, estabelece normas e adota políticas que garantam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde de qualidade à população, priorizando os grupos mais vulneráveis? 2.1.1.3 Propõe plano de intervenção direcionado para a garantia da acessibilidade dos serviços de saúde? 2.1.1.4 Trabalha em parceria com universidades e outras instituições formadoras de profissionais de saúde, para aumentar a disponibilidade de recursos humanos adequados às necessidades do sistema municipal de saúde? 2.1.1.5 Inclui os profissionais de saúde de todos os níveis em programas de educação permanente para discutir e refletir sobre o acesso e a qualidade de serviços? 			
2.2	A Gestão Municipal do SUS executa ações diretas para melhorar o acesso aos serviços de saúde?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.2.1.1 Identifica as áreas, territórios e distritos que tendo por base a programação da assistência e o plano de regionalização apresentam carência de oferta de serviços e adota medidas para sanar esta carência? 			

	<p>2.2.1.2 Identifica áreas com falta de profissionais e adota medidas de apoio à fixação de prestadores de serviço nessas áreas a fim de melhorar o acesso aos serviços?</p> <p>2.2.1.3 Identifica áreas, territórios e distritos com déficit de recursos humanos necessários para assistir à sua população?</p> <p>2.2.1.4 Identifica e implementa estratégia para corrigir as falhas na distribuição dos recursos humanos?</p> <p>2.2.1.5 Identifica e apóia experiências bem-sucedidas em termos de intervenções para aumentar o acesso aos serviços de saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza a informação obtida com essas experiências para a tomada de decisões políticas referentes a essa questão? <p>2.2.1.6 Monitora indicadores para a melhoria do acesso aos serviços de saúde?</p> <p>2.2.1.7 Busca recursos de financiamento para reduzir a desigualdade no acesso aos serviços?</p> <p>Em caso afirmativo, incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção Básica? • Assistência de média e alta complexidade? <p>2.2.1.8 Apóia o Conselho Municipal de Saúde para auxiliar a população a desenvolver ações políticas voltadas à cobrança e à fiscalização do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde?</p>			
3.	<p>MONITORAMENTO E REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Conduz, anualmente, o monitoramento da cobertura e do acesso dos seus municípios aos serviços de atenção básica e de média e alta complexidade prestados à população.</p> <p>= Realiza a regulação da referência intra e intermunicipal da demanda aos serviços de saúde e, com a colaboração do estado, avalia o sistema municipal quanto à oferta de ações e serviços de saúde.</p> <p>= Identifica as causas e os efeitos das barreiras de acesso e define as melhores práticas para reduzir essas barreiras, garantindo a universalidade e aumentando a equidade no acesso aos serviços de atenção à saúde.</p> <p>= Utiliza os resultados da avaliação para a promoção da garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde para toda a população do município.</p>			
3.1.	A Gestão Municipal do SUS realiza o monitoramento da cobertura e do acesso às ações e aos serviços de Atenção Básica?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Essa avaliação:</p> <p>3.1.1.1 Inclui indicadores para monitorar a cobertura e o acesso?</p> <p>3.1.1.2 É baseada na definição prévia de um conjunto de ações que integra a Atenção Primária que deve estar</p>			

	<p>acessível a toda a população no próprio município?</p> <p>3.1.1.3 É baseada em metas e pactos anteriormente estabelecidos?</p> <p>3.1.1.4 O monitoramento da cobertura é realizado em colaboração com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Regional de Saúde? • Outras entidades governamentais? • O Conselho Municipal de Saúde? <p>É realizada anualmente?</p>			
3.2	A Gestão Municipal do SUS monitora a cobertura e o acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade, caso oferte ações nesses níveis?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O monitoramento do acesso:</p> <p>3.2.1.1 É baseado em uma programação pactuada da assistência de média e alta complexidade?</p> <p>3.2.1.2 Inclui os problemas relacionados com a regulação do acesso?</p> <p>3.2.1.3 Inclui a cobertura de serviços assistenciais à saúde realizada por prestadores privados da assistência médica suplementar?</p> <p>3.2.1.4 Considera a distância do estabelecimento de saúde mais próximo do local de residência do usuário?</p> <p>3.2.1.5 É realizado em colaboração com o Conselho Municipal de Saúde?</p>			
3.3	A Gestão Municipal do SUS identifica as barreiras de acesso aos serviços de assistência à saúde?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O processo de identificação de barreiras contempla:</p> <p>3.3.1.1 Idade?</p> <p>3.3.1.2 Gênero?</p> <p>3.3.1.3 Etnia?</p> <p>3.3.1.4 Cultura e crenças?</p> <p>3.3.1.5 Religião?</p> <p>3.3.1.6 Analfabetismo?</p> <p>3.3.1.7 Orientação sexual?</p> <p>3.3.1.8 Incapacidade física?</p> <p>3.3.1.9 Incapacidade mental?</p> <p>3.3.1.10 Escolaridade?</p> <p>3.3.1.11 Renda ou pobreza?</p> <p>3.3.1.12 Pagamento por desembolso direto ou por meio de empresa/operadora?</p> <p>3.3.1.13 Diagnóstico?</p> <p>3.3.1.14 Meio de transporte?</p>			

	3.3.1.15 Distância para o município-pólo?			
3.4	A Gestão Municipal do SUS estabelece planos de organização para viabilizar o acesso aos serviços de saúde?			
3.4.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 3.4.1.1 Promove anualmente a revisão da programação da assistência e da organização das redes assistenciais? 3.4.1.2 Prioriza com base no plano de organização, os investimentos para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde? 3.4.1.3 Elabora e implementa, a partir do plano, novas diretrizes e normas para garantir o acesso equitativo para toda a população?			
4.	DEFINIÇÃO DE PADRÕES E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Define padrões apropriados para avaliar a qualidade das práticas de saúde e desenvolve a avaliação de qualidade considerando os dados relativos ao município. = Utiliza padrões apropriados para avaliar a qualidade das práticas de saúde e identifica instrumentos cientificamente provados que devem ser usados para medir a qualidade das práticas e dos serviços de saúde. = Promove a adesão a programa de acreditação/certificação realizado por entidade autônoma e independente dos serviços de saúde.			
4.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de uma política de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde ou adota a política do estado e a implementa no município?			
4.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> Essa política inclui: 4.1.1.1 Aplicação de padrões e de técnicas de comparação de metas municipais de desempenho? 4.1.1.2 Implementação de diversas metodologias para a melhoria da qualidade? 4.1.1.3 Processos de melhoria da qualidade nos serviços do sistema municipal de saúde? 4.1.1.4 Avaliação do progresso alcançado em relação aos objetivos e às metas? 4.1.1.5 Atividades para avaliação da atitude do pessoal da saúde com vistas à satisfação do usuário? 4.1.1.6 Atividades para o desenvolvimento de políticas e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde?			
4.2	A Gestão Municipal do SUS estabelece padrões, monitora e avalia periodicamente a qualidade dos serviços de Atenção Básica no município?			
4.2.1	<u>Caso afirmativo:</u>			

	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>4.2.1.1 Define padrões, considerando parâmetros nacionais e internacionais?</p> <p>4.2.1.2 Busca ativamente o subsídio de instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento desses padrões?</p> <p>4.2.1.3 Dispõe de instrumentos para medir o desempenho dos serviços de saúde da Atenção Básica em relação ao cumprimento de padrões previamente definidos?</p> <p>Esses instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medem processos? • Medem resultados? • Identificam os parâmetros de desempenho? • Identificam os procedimentos de coleta de dados? • Identificam os procedimentos para a análise de dados? <p>4.2.1.4 Tornam públicos os resultados da avaliação de qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica para os distritos, territórios e Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>4.2.1.5 Dispõe de um programa formalmente instituído de certificação e avaliação de qualidade dos serviços da Atenção Básica?</p>			
4.3	<p>A Gestão Municipal do SUS estabelece padrões e avalia periodicamente a qualidade dos serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade no município?</p>			
4.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>4.3.1.1 Dispõe de competência para certificar e fiscalizar a qualidade dos serviços de assistência de média e alta complexidade?</p> <p>4.3.1.2 Define padrões, considerando parâmetros nacionais e internacionais?</p> <p>4.3.1.3 Busca ativamente o subsídio de instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento desses padrões?</p> <p>4.3.1.4 Dispõe de instrumentos para medir o desempenho dos serviços de assistência de média e alta complexidade em relação ao cumprimento de padrões previamente definidos?</p> <p>Em caso afirmativo, esses instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medem processos? • Medem resultados? • Identificam os parâmetros de desempenho? • Identificam os procedimentos de coleta de dados? • Identificam os procedimentos para a análise de dados? 			

	4.3.1.6 Tornam públicos os resultados da avaliação de qualidade dos serviços aos prestadores e aos usuários de serviços de assistência de média e alta complexidade?			
5.	<p>REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA FACILITAR O ACESSO E O ACOLHIMENTO DOS USUÁRIOS.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Oferece ações voltadas para a reorganização dos serviços com o fim de facilitar o acesso e o acolhimento dos usuários.</p> <p>= Enfatiza as orientações referentes ao usuário nas atividades de aperfeiçoamento de pessoal e no desenvolvimento de políticas e procedimentos.</p> <p>= Divulga explicitamente os direitos e os deveres dos usuários dos serviços.</p>			
5.1	A Gestão Municipal do SUS estabelece um plano de reorganização da melhoria do acesso e acolhimento dos usuários nos serviços de saúde?			
5.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Esse plano é elaborado com base em:</p> <p>5.1.1.1 Investigações da população atendida nos serviços de saúde?</p> <p>5.1.1.2 Investigações de alta hospitalar?</p> <p>5.1.1.3 Registros de opinião, reclamações e sugestões?</p> <p>5.1.1.4 Informações dos gerentes e profissionais de saúde?</p>			
5.2	A Gestão Municipal do SUS utiliza e executa o plano de reorganização da melhoria do acesso e acolhimento dos usuários nos serviços de saúde?			
5.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.2.1.1 Divulga e estabelece espaços de debate com a sociedade civil e trabalhadores de saúde para o enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde?</p> <p>5.2.1.2 Estabelece mecanismos formais para que os usuários contribuam com sua opinião de forma oportuna e confidencial à Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>5.2.1.3 Desenvolve orientações referentes ao usuário nas atividades de aperfeiçoamento de pessoal e no desenvolvimento de políticas e procedimentos voltados para a melhoria do acesso e acolhimento?</p>			
6.	<p>MONITORAMENTO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE PARA A AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p>			

	<p>= Dispõe de protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados de modo que os instrumentos usados sejam comparáveis nos municípios, e em todo o estado.</p> <p>= Atualiza permanentemente esses instrumentos, protocolos e normas de acordo com o avanço tecnológico e de conhecimentos e segundo as necessidades de informações locais.</p> <p>= Articula-se com outras instituições municipais que produzem dados relevantes para o monitoramento da situação de saúde com a finalidade de garantir a qualidade destes.</p>			
6.1	A Gestão Municipal do SUS monitora as informações produzidas no sistema de saúde como um todo?			
6.1.1	<p>Caso afirmativo: A Gestão Municipal:</p> <p>6.1.1.1 Utiliza protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados?</p> <p>6.1.1.2 Realiza auditorias periódicas da qualidade no sistema de informação que subsidiam a análise da situação de saúde do município?</p> <p>6.1.1.3 Propõe modificações nos sistemas de informações nos pontos reconhecidos como fracos ou suscetíveis de aperfeiçoamento?</p> <p>6.1.1.4 Atualiza permanentemente protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados?</p> <p>6.1.1.5 Propõe mudanças nos protocolos e nas normas para a produção, a análise e a interpretação dos dados?</p> <p>6.1.1.6 Promove reuniões com todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde, no mínimo uma vez por ano, para avaliar a qualidade da informação produzida nos distintos níveis do sistema municipal?</p> <p>6.1.1.6 Considera sugestões e críticas identificadas para melhorar os sistemas de informação da Gestão Municipal do SUS?</p> <p>6.1.1.7 Articula-se com outras instituições municipais que produzem dados relevantes para o monitoramento da situação de saúde?</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 6 - DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS E CAPACIDADE INSTITUCIONAL DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>FORMULAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO MUNICIPAL.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Dispõe de processos democráticos e participativos (oficinas de trabalho, conferências, etc) para formulação</p>			

	<p>de políticas que busquem a melhoria da saúde da população, considerando o perfil epidemiológico e a coerência com o contexto econômico e político.</p> <p>=Identifica as prioridades em saúde e incluem-nas no Plano Municipal de Saúde, compatibilizando-o com o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, considerada a heterogeneidade da situação de saúde.</p> <p>= Recomenda objetivos mensuráveis para acompanhamento das prioridades em saúde.</p> <p>=Garante a coerência interna das políticas de saúde expressas no Plano Municipal de Saúde.</p> <p>=Assegura a compatibilidade de objetivos do Plano Municipal de Saúde com as suas prioridades.</p> <p>=Identifica e desenvolve indicadores de resultados, como parte de um processo de planejamento e programação de saúde no município.</p> <p>=Forma alianças e promove pactuações com os demais gestores do SUS (municípios vizinhos e estado) e com os prestadores de serviços públicos e privados.</p> <p>= Conduz, monitora e avalia o processo de implementação de políticas públicas de saúde.</p>			
1.1	A Gestão Municipal do SUS coordena, no âmbito do município, um processo contínuo de formulação das políticas de saúde, visando à melhoria da saúde da população?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.1.1.1 Busca informações junto a distritos e territórios e atores sociais relevantes, para subsidiar a identificação de prioridades de saúde no âmbito municipal?</p> <p>1.1.1.2 Elabora o Plano Municipal de Saúde e atualiza-o com base em uma avaliação anual, com objetivos e metas pactuadas de modo participativo, em consonância com as prioridades identificadas?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essas políticas estão baseadas no perfil epidemiológico da saúde da população? • Os objetivos a serem alcançados estão baseados na definição prévia de prioridades? • As políticas de saúde reforçam e são reforçadas por outras políticas sociais no âmbito municipal? • Os projetos e os programas propostos estão contemplados no Plano Plurianual (PPA) e na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LOA)? • O Plano Municipal de Saúde incorpora as prioridades definidas na Conferência Municipal de Saúde? • O Plano Municipal de Saúde incorpora as prioridades definidas no Termo de Compromisso de gestão? • O Plano Municipal de Saúde é debatido e aprovado no Conselho Municipal de Saúde? • Define indicadores de desempenho para avaliação das políticas definidas no Plano Municipal de Saúde? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esse processo inclui indicadores para cada política, projeto e programa do Plano? 			

	<ul style="list-style-type: none"> • A Secretaria Municipal de Saúde busca parcerias com instituições acadêmicas para a elaboração desses indicadores? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS utiliza os indicadores para avaliar se os objetivos do Plano Municipal de Saúde foram alcançados?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>1.2.1.1 A Gestão Municipal do SUS monitora e avalia esses indicadores?</p> <p>Em caso afirmativo, esse processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • É realizado anualmente? • Inclui o Conselho Municipal de Saúde? • Inclui outros atores além do setor saúde? 			
1.3	A Gestão Municipal do SUS avalia a viabilidade das políticas propostas para o Plano Municipal de Saúde?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Na Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.3.1.1 Esse processo é avaliado no âmbito da relação do estado com o município?</p> <p>1.3.1.2 Esse processo é avaliado no âmbito do setor privado, conveniado e não-conveniado com o SUS?</p> <p>1.3.1.3 Esse processo é avaliado no âmbito da relação com os usuários do SUS?</p> <p>1.3.1.4 Os resultados da avaliação fomentam a formação de alianças com trabalhadores da saúde?</p>			
1.4	A Gestão Municipal do SUS conduz o processo de implementação de políticas públicas de saúde?			
1.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.4.1.1 Envolve o Conselho de Saúde, a mídia, as lideranças setoriais, as instituições acadêmicas e outras áreas do governo na implementação de políticas públicas de saúde?</p> <p>1.4.1.2 Monitora e avalia periodicamente os processos de desenvolvimento de políticas de saúde e está preparado para realizar as ações necessárias para maximizar o impacto destas políticas na saúde das pessoas?</p>			
2.	<p>DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL DE PLANEJAMENTO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS possui:</p> <p>=Capacidade institucional em Planejamento estratégico.</p> <p>= Dispõe da capacidade institucional (recursos humanos, tecnológicos e financeiros) para implementar processos de planejamento em áreas estratégicas de saúde, com base em informação relevante e válida, mantendo bancos de dados atualizados e fidedignos.</p> <p>= Formula e garante a viabilidade dos planos estratégicos, promovendo alianças com organizações</p>			

	<p>governamentais e não-governamentais, para responder às necessidades de saúde da população.</p> <p>= Garante as medidas necessárias para coordenar o planejamento e a colaboração com órgãos setoriais e extra-setoriais.</p> <p>= Garante a articulação entre as instâncias de Gestão municipal para a coordenação efetiva da Agenda/Plano Operativo Anual.</p>			
2.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de capacidade institucional de planejamento estratégico?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.1.1.1 Possui recursos humanos e tecnológicos suficientes, com experiência e capacidades necessárias para a elaboração e a implementação de processos de planejamento estratégico? 2.1.1.2 Utiliza o planejamento estratégico como parte de suas atividades e operações?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Gestão Municipal do SUS realizou um processo de planejamento estratégico nos últimos dois (2) anos? <p>Em caso afirmativo, esse processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definiu sua visão e a missão? • Analisou seus pontos fortes e fracos? • Identificou suas oportunidades e ameaças? • Definiu seus objetivos e estratégias? • Obteve êxito na formação de alianças com outros municípios para a implementação desse plano estratégico? • Foi pactuado no Conselho Municipal de Saúde e na CIB nos aspectos referentes à descentralização? • Realizou continuamente sua avaliação de forma interativa, sistemática e debateu essas informações no Conselho Municipal de Saúde? <p>2.1.1.3 A Gestão Municipal do SUS articula esse planejamento estratégico com órgãos setoriais e extra-setoriais?</p>			
3.	<p>IMPLEMENTAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Conduz o processo de implementação do Plano Operativo Anual ou da Agenda Municipal de Saúde.</p> <p>= Estimula e realiza a implementação da Agenda e/ou do Plano Operativo Anual de modo participativo.</p> <p>= Monitora os resultados para avaliar o impacto da implementação da Agenda/Plano Operativo Anual.</p>			

3.1	A Gestão Municipal do SUS conduz o processo de implementação do Plano Operativo Anual ou da Agenda Municipal de Saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa Agenda ou Plano Operativo Anual:</p> <p>3.1.1.1 É coerente com as diretrizes descritas na Política de Saúde Municipal?</p> <p>3.1.1.2 Tem respaldo e aprovação do prefeito municipal?</p> <p>3.1.1.3 Tem respaldo e aprovação do Poder Legislativo?</p> <p>3.1.1.4 Considera as contribuições de atores responsáveis pela condução das políticas de saúde?</p> <p>3.1.1.5 Considera as contribuições do Conselho Municipal de Saúde para as reformulações?</p>			
3.2	A implementação da Agenda e/ou do Plano Operativo Anual é realizada de modo participativo?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa participação inclui:</p> <p>3.2.1.1 A análise e a deliberação do Conselho Municipal de Saúde sobre o processo de implementação da Agenda?</p> <p>3.2.1.2 A articulação com o Poder Legislativo a fim de sustentar a implementação da Agenda?</p> <p>3.2.1.3 A articulação permanente com os tomadores de decisão de outras políticas econômicas e sociais?</p> <p>3.2.1.4 O uso compartilhado dessa Agenda e/ou do Plano Operativo Anual pela Gestão Municipal do SUS com outros atores?</p> <p>Em caso afirmativo, esses atores incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conselho Municipal de Saúde? • Conselhos Locais de Saúde? • Instituições formadoras de recursos humanos? • Prestadores de serviços de saúde públicos e privados? • Associações profissionais e sindicatos? • Organizações comunitárias e não-governamentais? • Hospitais universitários? <p>3.2.1.5 A Agenda ou Plano Operativo Anual é expressa ou respaldada em leis e regulamentos?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar um exemplo específico de lei ou regulamentação elaborada no último ano? 			
3.3	A Gestão Municipal do SUS monitora os resultados para avaliar o impacto da implementação da Agenda/Plano Operativo Anual?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p>			

	<p>3.3.1.1 Informa o Conselho de Saúde, a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, outros tomadores de decisão e o público em geral sobre os resultados e o impacto da implementação da Agenda/Plano Operativo Anual?</p> <p>3.3.1.2 Utiliza os resultados da avaliação para redefinir e ajustar a Agenda/Plano Operativo Anual?</p> <p>3.3.1.3 Possui pessoal técnico, com experiência e capacidades necessárias, para redefinir e ajustar a Agenda/Plano Operativo Anual?</p> <p>Em caso afirmativo, essa experiência e essas capacidades incluem habilidades em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de propostas para adequação da Agenda/Plano Operativo Anual? • Elaboração de proposta de adequação de legislação, normas e regulamentos em saúde? • Condução de conferências de saúde, fóruns e audiências públicas para a redefinição da Agenda/Plano Operativo Anual? • Adequação de temas dentro da Agenda/Plano Operativo Anual e sua transformação em novas políticas públicas em saúde? 			
4.	<p>DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A PROGRAMAÇÃO E PACTUAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Dispõe de capacidade institucional para a programação das ações em saúde;</p> <p>= Define parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente.</p> <p>= Realiza prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;</p> <p>= Busca a integração da programação da assistência com a programação da vigilância em saúde;</p> <p>= Realiza a programação a cada gestão, revisa periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro, dentre outras.</p> <p>= Define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados;</p> <p>= Insere a programação no processo de planejamento e considera as prioridades definidas nos planos de saúde;</p> <p>= Participa do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da oferta de serviços de saúde no âmbito do SUS estadual.</p> <p>= Estabelece um processo de discussão de diretrizes, objetivos e prioridades da política municipal de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde.</p>			

	= Acompanha e avalia a execução das ações programadas.			
4.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de capacidade institucional para a programação das ações em saúde?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.1.1.1 Possui recursos humanos e tecnológicos suficientes, com experiência e capacidades necessárias para a elaboração da programação em saúde? 4.1.1.2 Utiliza a programação como parte de suas atividades e operações? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Gestão Municipal do SUS realizou a programação das ações em saúde no último ano? <p>Em caso afirmativo, esse processo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluiu o levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços no município? • Incluiu a identificação dos principais problemas de saúde da população do município, levando em conta sua distribuição territorial, como base para a priorização de problemas e áreas de atuação? • Definiu o estabelecimento de grupos populacionais prioritários em razão das suas condições de vida e de acordo com a sua distribuição no município? • Foi realizado por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade? • Definiu a programação das ações de assistência? • Definiu a programação das ações de vigilância? • Buscou a integração da programação da assistência com a programação da vigilância em saúde? • Analisou seus pontos fortes e fracos? • Realizou continuamente sua avaliação de forma interativa, sistemática e debateu essas informações no Conselho Municipal de Saúde? <p>4.1.1.3 Realiza a programação a cada gestão, revisa periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro, dentre outras?</p>			
4.2	A Gestão Municipal do SUS define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados?			
4.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.2.1.1 Estabelece os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição das redes assistenciais de referência? 4.2.1.2 Estabelece e garante os recursos necessários para a execução das atividades programadas?</p>			

4.3	A Gestão Municipal do SUS insere a programação no processo de planejamento e considera as prioridades definidas nos planos de saúde?			
4.3.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.3.1.1 Define parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente? 4.3.1.2 Incorpora os indicadores definidos no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, conforme as normas e as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde?			
4.4	A Gestão Municipal do SUS participa do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI)?			
4.4.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.4.1.1 Participa do processo de Programação Pactuada e Integrada com o gestor estadual e demais gestores municipais? 4.4.1.2 Participa do grupo de coordenação específico criado pelo gestor estadual no âmbito da SES, responsável pela elaboração/adequação da metodologia de programação no âmbito do estado? 4.4.1.3 Participa da organização de oficinas de trabalho nas microrregiões do Estado que o município está inserido para o desenvolvimento do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com os Gestores Municipais?			
4.5	A Secretaria Municipal do SUS acompanha e avalia a execução das ações programadas?			
4.5.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 4.5.1.1 Define os processos de acompanhamento e avaliação da execução das ações programadas? 4.5.1.2 Faz o encaminhamento dos produtos de processo de programação ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e ajustes? 4.5.1.3 Realiza a divulgação das propostas de programação junto aos profissionais e aos trabalhadores de saúde? 4.5.1.4 Faz a divulgação das propostas de programação junto aos movimentos organizados da população? 4.5.1.5 Produz relatórios periódicos acerca do andamento do processo de execução das ações de saúde programadas? 4.5.1.6 Faz a divulgação dos resultados da avaliação periódica da execução das ações programadas junto aos profissionais de saúde? Em caso afirmativo, isso contempla: <ul style="list-style-type: none"> • O debate em torno de ajustes necessários à programação previamente definida? 4.5.1.7 Faz a divulgação dos resultados da avaliação periódica da execução das ações programadas junto aos			

representantes da população organizada?			
---	--	--	--

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 7 - ACOMPANHAMENTO (COORDENAÇÃO E EXECUÇÃO) E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS E AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Dispõe da política de Atenção Básica articulada com atores setoriais e extra-setoriais relevantes. =Desenvolve estratégias de Atenção Básica e promoção da saúde com base nas necessidades da população do município;			
1.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe da Política de Atenção Básica aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?			
1.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> Essa política aprovada no Conselho Municipal de Saúde: 1.1.1.1 Incorpora as recomendações levantadas nas conferências internacionais acerca do tema? 1.1.1.2 Incorpora as recomendações das Conferências Municipais de Saúde e de outros setores relevantes? 1.1.1.3 Define, com clareza, objetivos e metas de curto, médio e longo prazo? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Essas metas são estabelecidas com a participação dos demais órgãos de governo? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS executa os recursos para a Política de Atenção Básica?			
1.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.2.1.1 Utiliza de forma apropriada os recursos disponíveis pelo Piso da Atenção Básica – PAB variável (transferência automática de recurso federal fundo a fundo)? 1.2.1.2 Avalia anualmente o resultado da política e do sistema de recursos? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Promove modificações nas ações e serviços com base nos resultados da avaliação? 1.2.1.3 Possui disponibilidade orçamentária e financeira própria ou do estado para o desenvolvimento de projetos, incluindo capacitação de recursos humanos e produção de eventos da Atenção Básica em saúde? 1.2.1.4 Os projetos executaram todos os recursos financeiros a eles destinados no ano anterior?			

	<p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia mencionar um exemplo de projeto financiado pelo estado ou pelo município nos últimos 12 meses? 			
1.3	A Secretaria Municipal de Saúde faz o acompanhamento dos resultados da Política de Atenção Básica em Saúde?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.3.1.1 Utiliza a informação produzida pelo Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB? 1.3.1.2 Desenvolveu ou solicitou alguma investigação para conhecer melhor algum problema que represente uma ameaça para a saúde da população? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia dar um exemplo de uma investigação realizada nos últimos 12 meses? 1.3.1.3 Utilizou os resultados dessa investigação para avaliar as ações de Atenção Básica?			
2.	<p>REORIENTAÇÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Defende e facilita o diálogo e o consenso entre os tomadores de decisão para maximizar os recursos voltados à Atenção Básica. =Desenvolve estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços com ênfase na Atenção Básica. =Reforça a importância da Atenção Básica, estabelecendo estratégias por meio das quais os gerentes e profissionais assumam responsabilidades pela atenção e pelo cuidado integral à saúde. =Reforça o componente de promoção nos programas de desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da formação em saúde. =Supervisiona a implementação de protocolos clínicos que incorporem os componentes de prevenção e promoção. =Incentiva a comunicação entre gerentes, equipes de saúde e usuários para melhorar a efetividade da Atenção Básica e da promoção da saúde e desenvolver a responsabilidade nos cuidados à saúde.</p>			
2.1.	As instâncias colegiadas do SUS discutem a importância da Atenção Básica em saúde?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 2.1.1.1 Faz constar a política e os programas da Atenção Básica nas pautas prioritárias do Conselho Municipal de Saúde?</p>			

	2.1.1.2 Encaminha para deliberação no Conselho Municipal de Saúde a avaliação das políticas, dos programas e das ações de promoção da saúde?			
2.2	A Gestão Municipal do SUS desenvolve estratégias para reorientar o sistema e os serviços de saúde com ênfase na Atenção Básica em saúde?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.2.1.1 Recebe financiamento ou estabelece mecanismos de captação de recursos da atenção à saúde que incentivem a ampliação da Atenção Básica no sistema municipal de saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Avalia o resultado da aplicação desses mecanismos para favorecer o desenvolvimento da promoção da saúde nos serviços? <p>2.2.1.2 Promove a adequação das instalações físicas dos serviços para favorecer a Atenção Básica da saúde?</p> <p>2.2.1.3 Promoveu a elaboração e/ou a implementação de protocolos clínicos que respaldem as práticas efetivas de promoção da saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poderia citar um exemplo desses protocolos que estejam atualmente em vigor? 			
2.3	A Gestão Municipal do SUS prioriza a organização da Atenção Básica com ênfase na promoção da saúde?			
2.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.3.1.1 Prioriza a formação das equipes da Atenção Primária com ênfase na promoção da saúde?</p> <p>2.3.1.2 Promove estratégias para enfrentar os problemas de saúde com ênfase na promoção da saúde?</p> <p>2.3.1.3 Participa do pacto de co-responsabilidade entre os municípios e utiliza mecanismos de financiamento para a Atenção Básica com ênfase na promoção da saúde?</p>			
2.4	A Gestão Municipal do SUS fortalece o desenvolvimento de recursos humanos com ênfase na atenção básica e na promoção da saúde?			
2.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.4.1.1 Estimula os Centros de Formação a incluir conteúdos de promoção da saúde e fomenta atitudes positivas nos estudantes da área de saúde?</p> <p>2.4.1.2 Inclui componentes de promoção da saúde nos programas de educação permanente?</p>			
3.	<p>CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA COORDENAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Padrão: A Gestão Municipal do SUS:</p>			

	<p>=Identifica as prioridades para a implantação de unidades básicas de saúde.</p> <p>=Identifica/descreve os perfis da situação de saúde que influenciam a alocação de recursos e a priorização para a implantação de unidades básicas utilizando critérios de equidade.</p> <p>=Coordena e operacionaliza o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.</p> <p>=Define/estabelece parâmetros/indicadores para acompanhamento e avaliação da Atenção Básica.</p> <p>= Estimula a avaliação permanente dos vínculos intersetoriais necessários para essa resposta em todos os níveis.</p> <p>=Possui profissionais devidamente qualificados para o monitoramento e a avaliação dos serviços e ambientes.</p>			
3.1	Há uma instância na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão da Atenção Básica?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa instância:</p> <p>3.1.1.1 Possui um plano de ação que define as responsabilidades dos atores integrados a ela? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora o plano considerando o perfil da situação de saúde do município e das necessidades demandadas pela população? • Avalia periodicamente o avanço do plano de promoção da saúde e divulga os resultados dessa avaliação? • Incorpora ao plano as ações corretivas derivadas da avaliação? • Presta conta anualmente de seu trabalho aos atores-chave? <p>3.1.1.2 Desenvolveu alguma atividade de promoção da saúde em conjunto com outras organizações ou setores de governo nos últimos 12 meses?</p>			
3.2	A Secretaria Municipal de Saúde identifica/descreve os perfis da situação de saúde para a priorização na implantação de unidades básicas utilizando critérios de equidade?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal de Saúde:</p> <p>3.2.1.1 Dispõe de um sistema ativo de informação geográfica?</p> <p>3.2.1.2 Tem e utiliza metodologias que possam explicitar as desigualdades em saúde que geram situação de risco?</p> <p>3.2.1.3 Tem capacidade para desenvolver avaliações epidemiológicas rápidas (amostras de conglomerados, métodos rápidos de investigação)?</p> <p>3.2.1.4 Avalia regularmente a capacidade dos distritos e das áreas em dar respostas rápidas às necessidades de saúde da população?</p>			
3.3	A Secretaria Municipal de Saúde está organizada e possui recursos para monitorar e avaliar a rede de Atenção			

	Básica?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>3.3.1.1 Coordena e operacionaliza o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB?</p> <p>3.3.1.2 Gera relatórios regulares do SIAB para análises que permitam identificar ameaças para a saúde da população?</p> <p>3.3.1.3 Produz e divulga boletins periódicos sobre o desenvolvimento e o impacto dos serviços da Atenção Básica?</p> <p>3.3.1.4 Obtém e processa sistematicamente o <i>feedback</i> sobre suas publicações?</p> <p>3.3.1.5 Incorpora informações de outros sistemas de informação em saúde?</p> <p>3.3.1.6 Incorpora informações de outros atores (órgãos ambientais, controle de qualidade de produtos, qualidade de água, ar e outros)?</p> <p>3.3.1.7 Define/estabelece parâmetros/indicadores para acompanhamento e avaliação da Atenção Básica?</p> <p>3.3.1.8 Estabelece ou utiliza mecanismos de reconhecimento e estímulo ao bom desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família?</p> <p>3.3.1.9 Supervisiona o estrito cumprimento das normas, dos horários e das atribuições dos profissionais da rede básica?</p> <p>3.3.1.10 Dispõe de protocolos para o atendimento de saúde à população, com o encaminhamento dos casos para outros serviços da rede e baseados na informação produzida?</p>			
3.4	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade e as necessidades do município para desenvolver ações de Atenção Básica?			
3.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.4.1.1 Realiza avaliação dos resultados e implementa ações com base nessa avaliação?</p> <p>3.4.1.2 Tem acesso às instalações e equipamentos que permitam apoiar o município na produção de materiais educativos?</p> <p>Em caso afirmativo, o município dispõe de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessoria e recursos gráficos? • Capacitação para uso desses instrumentos? <p>3.4.1.3 Articula com outros atores sociais com capacidade de desenvolver ações de Atenção Básica?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar exemplos de ações coordenadas com esses atores sociais durante o último ano? 			
3.5	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de rede de referência estruturada para responder adequadamente as necessidades identificadas na rede básica em saúde?			

3.5.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS dispõe ou provê de: 3.5.1.1 Rede hospitalar? 3.5.1.2 Serviços de média complexidade? 3.5.1.3 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência? 3.5.1.4 Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico? 3.5.1.5 Núcleo de Apoio à Saúde da Família? 3.5.1.6 Avalia periodicamente a efetividade dos encaminhamentos a outros serviços da rede de atenção à saúde?</p>			
3.6	A Secretaria Municipal de Saúde produz e fornece informação e materiais sobre a Atenção Básica ou tem um prestador de serviço contratado para este fim?			
3.6.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde: 3.6.1.1 Dispõe de uma página na Internet com informações úteis sobre a Atenção Básica? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia periodicamente, pelo menos a cada seis meses, a utilização da página pelos usuários, considerando o número de acessos e as opiniões dos usuários? <p>3.6.1.2 Os materiais educativos distribuídos foram atualizados nos últimos 12 meses? 3.6.1.3 A qualidade dos materiais e sua utilidade foram avaliadas nos últimos 12 meses? 3.6.1.4 A produção e o fornecimento de informação e de materiais são avaliados anualmente? 3.6.1.5 Dispõe de uma linha telefônica dedicada com serviço eletrônico de mensagens sobre promoção da saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o uso da linha telefônica no mínimo a cada seis meses? • Dispõe de outros meios alternativos? 			
3.7	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação que favoreçam a acessibilidade aos serviços da rede básica?			
3.7.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Utiliza recursos como: 3.7.1.1 Programas de rádio? 3.7.1.2 Teatro educativo popular? 3.7.1.3 Programas de televisão? 3.7.1.4 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.</p>			
4.	CAPACIDADE TÉCNICA PARA O DESENVOLVIMENTO E PRESTAÇÃO DAS AÇÕES			

	<p>E SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Possui profissionais qualificados (com nível superior, especialização ou residência em Saúde Pública ou Saúde da Família) para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica. = Possui mecanismos formais de coordenação e referência da rede de atenção à saúde para a garantia da continuidade do atendimento e atenção integral.</p>			
4.1	A Secretaria Municipal de Saúde possui profissionais capacitados/qualificados para a prestação de serviços na rede básica de atenção à saúde?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Os profissionais da rede básica: 4.1.1.1 Alimentam os sistemas de informação para conhecimento e construção do perfil de saúde-doença da população? 4.1.1.2 Desenvolvem análises epidemiológicas sobre a situação de saúde da população adscrita? 4.1.1.3 Desenvolvem a programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes? 4.1.1.4 Fazem uso dos protocolos escritos para atendimento de saúde à população? 4.1.1.5 Prestam assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial? 4.1.1.6 Utilizam protocolos para o encaminhamento dos casos para outros serviços da rede? 4.1.1.7 Utilizam protocolos e manuais de procedimento, baseados na informação produzida, para uma resposta rápida diante dos danos à saúde do ambiente e da população adscrita? 4.1.1.8 São capazes de cumprir com as necessidades de rotina da Estratégia Saúde da Família? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumprem as normas, os horários e as atribuições que lhes cabem? <p>4.1.1.9 Promovem ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social? 4.1.1.10 Desenvolvem de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis? 4.1.1.11 usam implementar as diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento? 4.1.1.12 Realizam o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas? 4.1.1.13 Participam no planejamento e na avaliação das ações? 4.1.1.14 Desenvolvem ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a</p>			

	<p>promoção da saúde?</p> <p>4.1.1.15 Apóiam estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social?</p> <p>4.1.1.16 Participam de cursos de qualificação e educação permanente para profissionais da Atenção Básica?</p>			
5.	<p>AVALIAÇÃO DA REDE BÁSICA DE ATENÇÃO À SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Avalia a capacidade do sistema para responder oportuna e efetivamente para o controle de agravos e riscos à saúde.</p> <p>=Disponibiliza para os distritos e áreas, normas, procedimentos e rotinas a serem seguidas para o controle de riscos e agravos à saúde.</p> <p>= Enfatiza as orientações referentes ao usuário nas atividades de aperfeiçoamento de pessoal e no desenvolvimento de políticas e procedimentos.</p> <p>= É responsável pelo manejo das informações obtidas por meio desse processo e pelo <i>feedback</i> aos participantes do processo e a outros atores.</p>			
5.1	A Gestão Municipal do SUS monitora os indicadores e desempenho do sistema para avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica no município?			
5.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.1.1.1 Define padrões, considerando parâmetros nacionais e internacionais e envolvendo suas áreas técnicas para determinar a qualidade dos serviços de Atenção Básica no município?</p> <p>5.1.1.2 Dispõe de metodologias e instrumentos para medir o desempenho dos serviços de saúde da Atenção Básica em relação ao cumprimento de padrões previamente definidos?</p> <p>Esses instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medem processos? • Medem resultados? • Identificam os parâmetros de desempenho? • Identificam os procedimentos de coleta de dados? • Identificam os procedimentos para a análise de dados? <p>5.1.1.3 Divulga os resultados da avaliação no Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>5.1.1.4 Dispõe de um programa formalmente instituído de certificação e avaliação de qualidade dos serviços da Atenção Básica, ainda que cedido pelo estado?</p> <p>5.1.1.5 Realiza atividades para o desenvolvimento de políticas e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade dos serviços da rede básica de saúde?</p>			
5.2	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade de resposta das equipes de saúde às necessidades			

	identificadas?			
5.2.1	<p>Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.2.1.1 Comunica os resultados dessa avaliação a todos os que a compõem e adota medidas interventivas?</p> <p>5.2.1.2 Supervisiona o cumprimento das medidas para melhoria da capacidade de resposta?</p>			
5.3	A Gestão Municipal do SUS cria oportunidades reais para que a população possa avaliar os serviços da rede básica de saúde do SUS?			
5.3.1	<p>Caso afirmativo: Essa avaliação realiza-se por meio de:</p> <p>5.3.1.1 Investigações da população atendida nos serviços de saúde?</p> <p>5.3.1.2 Investigações de alta hospitalar?</p> <p>5.3.1.3 Registros de opinião, reclamações e sugestões?</p> <p>Os resultados dessa avaliação:</p> <p>5.3.1.4 São utilizados como base em um sistema de melhoria contínua da qualidade dos serviços da rede básica de saúde?</p> <p>5.3.1.5 São utilizados nas atividades de aperfeiçoamento dos recursos humanos em saúde?</p> <p>5.3.1.6 São divulgados à população juntamente com as mudanças de política advindas desses resultados?</p>			
5.4	A Gestão Municipal do SUS adota um plano para a melhoria do acolhimento e acessibilidade dos usuários com os serviços de saúde da Atenção Básica?			
5.4.1	<p>Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.4.1.1 Trabalha em parceria com os gerentes das unidades de saúde e direção hospitalar nessa avaliação?</p> <p>5.4.1.2 Elabora os critérios de avaliação em conjunto com estes?</p> <p>5.4.1.3 Debate com o Conselho Municipal de Saúde os resultados das avaliações dos usuários?</p> <p>5.4.1.4 Estabelece mecanismos formais para que os usuários contribuam com sua opinião de forma oportuna e confidencial à Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>5.4.1.5 Utiliza os resultados da avaliação para desenvolver planos que melhorem a qualidade dos programas e dos serviços prestados?</p> <p>5.4.1.6 Utiliza os resultados da avaliação para elaborar planos que melhorem o acesso aos serviços da Atenção Básica?</p> <p>5.4.1.7 Divulga os resultados a todos os participantes no processo de avaliação?</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 8 - GESTÃO PÚBLICA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE E GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL DE GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS possui capacidade institucional em: = Condução política, liderança e comunicação social. = Tomada de decisões com base em evidências. = Gestão de recursos materiais (estoque, material de consumo e permanente, controle patrimonial), de compras e dos contratos administrativos.</p>			
1.1	<p><u>A Gestão Municipal do SUS possui capacidade institucional em condução política, liderança e comunicação social.</u></p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Direciona o sistema municipal de saúde, para uma visão comum entre as instituições partícipes do sistema, com a busca de padrões de excelência. = Dispõe dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, necessários para alcançar os padrões propostos. = Dispõe de uma política de comunicação social em saúde necessária a uma efetiva divulgação das estratégias de implementação da política e da Agenda/Plano Operativo Anual de saúde</p>			
1.1.1	<p>A Gestão Municipal do SUS desenvolve sua capacidade institucional para exercer a condução do sistema de saúde?</p> <p>A Gestão Municipal do SUS: 1.1.1.1 Possui a capacidade institucional necessária para exercer a condução do sistema de saúde? Em caso afirmativo, essa capacidade inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos e instrumentos para a formação de consensos? • Estratégias para o fortalecimento das alianças com os atores do setor saúde? • Resolução de conflitos dentro da equipe da Secretaria Municipal de Saúde - SMS e entre a SMS e outros atores? • Técnicas de comunicação interna e externa? • Apoio político e técnico às prioridades da Secretaria Municipal de Saúde? 			

	<ul style="list-style-type: none"> • A promoção da colaboração intersetorial? <p>1.1.1.2 Utiliza sua capacidade de gestão e liderança para conduzir o sistema de saúde visando atingir os objetivos, as metas e as prioridades pactuadas?</p> <p>1.1.1.3 Dispõe de pessoal capacitado e suficiente para a comunicação efetiva das visões e das estratégias que permitam a condução do sistema?</p>			
1.2	<p><u>A Gestão Municipal do SUS possui capacidade institucional em tomada de decisões com base em evidências.</u></p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Dispõe das competências e dos recursos humanos e tecnológicos para coletar, analisar e avaliar dados de diferentes fontes para desenvolver as capacidades de gestão com base em evidências.</p> <p>= Inclui os processos de planejamento, a tomada de decisões e a avaliação das intervenções.</p> <p>= Facilita e compartilha entre os gestores da saúde e gerentes o acesso a fontes de dados pertinentes, para apoiar os processos de tomada de decisões e garante que essas fontes sejam usadas democraticamente entre todos os tomadores de decisões.</p> <p>= Garante uma análise sistemática das informações sobre os resultados de suas intervenções, dispõe de recursos humanos e tecnológicos, no âmbito municipal, necessários para conduzir essa análise.</p> <p>= Utiliza as investigações e as pesquisas aplicadas sobre a operação dos sistemas públicos de saúde e dos complementares ao SUS para fornecer informações ao processo de tomada de decisões.</p>			
1.2.1	<p>A Gestão Municipal do SUS desenvolve sua capacidade institucional para a tomada de decisões baseada em evidências?</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.2.1.1 Dispõe de capacidade para gestão baseada em evidências nos processos de planejamento, tomada de decisões e avaliação de atividades?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possui capacidade para coletar, analisar, integrar e avaliar a informação proveniente de diversas fontes? • Dispõe de sistemas de informação capazes de processar informações coletadas e construir bases de dados que possam ser usadas nos processos de planejamento? <p>Em caso afirmativo, o processamento de dados que alimenta as bases de dados inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos existentes no setor saúde? • Análise de custos? • Produção de serviços? • Qualidade dos serviços? 			

	<p>1.2.1.2 Utiliza as informações das diversas fontes, para melhorar a tomada de decisões, na gestão dos serviços públicos de saúde em todos os níveis?</p> <p>1.2.1.3 Estimula e facilita o uso das informações em saúde na tomada de decisões?</p> <p>1.2.1.4 Dispõe de recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos adequados para o uso das informações na tomada de decisões baseada em evidências?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • São produzidas informações em formato simples e compreensíveis? <p>1.2.1.5 Utiliza metodologias científicas de pesquisa de sistemas de saúde para qualificar a tomada de decisões e os processos de avaliação?</p> <p>1.2.1.6 Dispõe de sistemas de monitoramento, controle e avaliação funcionando, que verifiquem se as metas e os objetivos definidos foram alcançados?</p> <p>1.2.1.7 Dispõe de indicadores de desempenho bem definidos, aprovados no Conselho Municipal de Saúde e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite?</p> <p>Em caso afirmativo, esses indicadores de desempenho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • São coletados e analisados com base em normas e protocolos consistentes e sistemáticos? • São utilizados para a melhoria contínua do desempenho do sistema de saúde no âmbito municipal? • Poderia dar um exemplo desses indicadores de desempenho em uso? <p>1.2.1.8 Dispõe de pessoal qualificado para a comunicação dos resultados de suas ações?</p>			
1.3	<p><u>A Gestão Municipal do SUS possui capacidade institucional em desenvolvimento organizacional.</u></p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Possui uma cultura (práticas de trabalho), um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo.</p> <p>= Facilita a participação profissionais e demais trabalhadores de saúde municipal e dos membros do controle social na resolução dos problemas de saúde.</p> <p>= Garante a existência de competências internas necessárias para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos, do trabalho em equipe e do desenvolvimento institucional.</p>			
1.3.1	<p>A Gestão Municipal do SUS mantém um processo permanente de desenvolvimento organizacional próprio?</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.3.1.1 Possui uma estrutura organizacional adequada à missão e aos objetivos da instituição e conhecida por seus servidores?</p> <p>1.3.1.2 Possui (práticas de trabalho) e estrutura organizacional preparadas para promover transformações contínuas e absorver conhecimentos, garantindo a adaptação de suas respostas às mudanças no meio externo?</p> <p>Em caso afirmativo:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> • Examina continuamente a cultura e os processos da sua organização? • Realiza de forma contínua e sistemática uma avaliação do desempenho de toda a organização? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essa avaliação é utilizada para adequar suas respostas às mudanças no meio externo? • Define padrões de qualidade? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolve as estratégias necessárias para alcançar esses padrões de qualidade? • Dispõe de recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para cumprir esses padrões de qualidade? • Mobiliza toda a sua estrutura organizacional para facilitar a implementação desses padrões de qualidade na prática habitual? <p>1.3.1.4 Dispõe de uma cultura organizacional que garanta a autonomia de seus trabalhadores e o desenvolvimento profissional ético e cidadão?</p>			
1.4	<p><u>A Gestão Municipal do SUS possui capacidade institucional em gestão de recursos materiais (estoque, material de consumo e permanente, controle patrimonial), de compras e dos contratos administrativos.</u></p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> = Garante o funcionamento dos programas e serviços com recursos materiais suficientes e de qualidade. = Possui capacidade para elaboração do orçamento da saúde com mecanismos que permitam a alocação eficiente dos recursos materiais para o desenvolvimento de prioridades, metas e objetivos pactuados na Agenda/Plano Operativo Anual. = Dispõe dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para o controle de materiais e sistema de compras. = Dispõe das competências e dos recursos humanos e tecnológicos para analisar e avaliar a qualidade dos recursos materiais utilizados para a oferta e prestação das ações. = Facilita e compartilha entre os gestores e gerentes o acompanhamento do processo de compras; = Realiza licitação e divulga os resultados. = Garante as medidas necessárias para coordenar os processos licitatórios. = Utiliza as investigações e as pesquisas aplicadas sobre a utilização de recursos materiais para a implementação nos serviços; = Direciona o sistema municipal de saúde, para uma visão claramente articulada com instituições partícipes do sistema, com a busca de padrões de excelência. = Facilita a participação e o acesso do seu próprio pessoal, dos trabalhadores de saúde municipal e dos 			

	membros do controle social no sistema de compras e aquisição de materiais.			
1.4.1	<p>A Gestão Municipal do SUS dispõe de capacidade e autonomia de gestão dos recursos materiais (estoque, material de consumo e permanente, controle patrimonial), de compras e dos contratos administrativos?</p> <p>Em caso afirmativo, a Gestão Municipal do SUS dispõe de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade e autonomia de gestão de recursos? • Capacidade e autonomia para desenvolver e gerir o sistema de compras? • Capacidade para monitorar e fiscalizar o sistema de compras e aquisição de materiais? • Capacidade para gerir os recursos materiais, de consumo e permanente? <p>1.4.1.1 A Secretaria Municipal de Saúde avalia periodicamente o nível de conhecimentos e competências municipais para a gestão de recursos materiais, controle de estoque e compras?</p> <p>Em caso afirmativo, a Secretaria Municipal de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza de forma contínua e sistemática uma avaliação do desempenho? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essa avaliação é utilizada para adequar suas respostas às mudanças no meio externo? 			
1.4.2	<p>O Gestor Municipal do SUS dispõe de capacidade e autonomia de gestão dos recursos materiais da saúde?</p> <p>O Gestor Municipal do SUS:</p> <p>1.4.2.1 Dispõe de autonomia e capacidade de gestão destes recursos?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <p>1.4.2.2 Dispõe de capacidade institucional para gerir os recursos materiais de consumo e permanente?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de pessoal especializado, recursos físicos e tecnológicos para elaborar e executar o gerenciamento de tais recursos? <p>1.4.2.3 Dispõe de indicadores de desempenho bem definidos para avaliação do uso destes materiais?</p> <p>Em caso afirmativo, esses indicadores de desempenho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • São coletados e analisados com base em normas e protocolos consistentes e sistemáticos? • São utilizados para a melhoria contínua do desempenho do sistema de saúde no âmbito municipal? • Poderia dar um exemplo desses indicadores de desempenho em uso? <p>1.4.2.4 É capaz de cumprir com as necessidades de rotina de solicitação de materiais?</p> <p>1.4.2.5 Dispõe de um sistema para determinar a necessidade e periodicidade de solicitação de materiais?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A solicitação dos materiais atende ao cumprimento das regulamentações voltadas a certificação da qualidade destes materiais? 			
1.4.3	A Gestão Municipal do SUS desenvolve sua capacidade institucional para o controle de estoque do sistema			

	<p>municipal de saúde?</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.4.3.1 Dispõe de capacidade para gestão e controle do estoque baseada nos processos de planejamento e avaliação de atividades?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de sistemas de informação capazes de processar informações coletadas e construir bases de dados que possam ser usadas nos processos de planejamento? <p>Em caso afirmativo, o processamento de dados que alimenta as bases de dados inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos existentes no setor saúde? • Análise de custos? • Produção de serviços? • Qualidade dos serviços? • Utiliza as informações das diversas fontes, para melhorar a tomada de decisões, no controle do estoque dos serviços públicos de saúde em todos os níveis? • Dispõe de recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos adequados para o uso das informações no controle de estoque? <p>1.4.3.2 Dispõe de sistemas de monitoramento, controle e avaliação funcionando, que verifiquem se as metas e os objetivos definidos foram alcançados?</p> <p>1.4.3.3 Dispõe de pessoal qualificado para a comunicação dos resultados de suas ações?</p>			
1.4.4	<p>1.4.4.1 A Gestão Municipal do SUS desenvolve sua capacidade institucional para conduzir o processo licitatório de compras para o sistema de saúde?</p> <p>Em caso afirmativo, a Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possui a capacidade institucional necessária para exercer a condução do processo licitatório? <p>Em caso afirmativo, essa capacidade inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Métodos e instrumentos licitatórios? • Resolução de conflitos dentro da equipe da SMS e entre a SMS, prestadores e outros atores? • Técnicas de comunicação interna e externa? • Apoio político e técnico às prioridades da SMS? • A promoção da colaboração intersetorial? <p>1.4.4.2 Utiliza sua capacidade de gestão e liderança para conduzir o processo licitatório e atingir os objetivos, as metas e as prioridades pactuadas?</p> <p>1.4.4.3 Utiliza metodologias científicas de pesquisa de sistemas de saúde para qualificar a tomada de decisões e os processos de avaliação das compras de materiais e equipamentos?</p>			

	1.4.4.4 Dispõe de pessoal capacitado e suficiente para a comunicação efetiva dos objetivos e das estratégias que permitam a condução do processo licitatório? 1.4.4.5 Dispõe de um sistema para determinar a necessidade e periodicidade das licitações para as compras?			
2.	<p>CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL EM GERÊNCIA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Secretaria Municipal de Saúde deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> =Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências. =Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais; =Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela União; =Assumir a gerência e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território; =Identificar as necessidades da população do seu território e fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; =Desenvolver as funções administrativas de planejamento, organização, direção e controle; =Gerenciar orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde. =Organização da oferta e prestação de serviços e ações em saúde. =Comunicar, liderar e motivar o pessoal sob sua responsabilidade enquanto gerente; =Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS. 			
2.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de profissionais com capacidade para gerenciar ações e serviços de saúde?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O profissional de saúde:</p> <p>2.1.1.1 Desenvolve as funções administrativas de planejamento, organização, direção e controle relacionados às ações e serviços de saúde?</p> <p>2.1.1.2 Desenvolve a gerência, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações</p>			

	<p>para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde?</p> <p>2.1.1.3 Realiza a programação da oferta? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Define parâmetros e prioridades para a organização da oferta? • Revisa periodicamente e sempre que necessário a oferta, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário? <p>2.1.1.4 Organiza os recursos e atividades para a execução da gerência dos serviços de saúde?</p> <p>2.1.1.5 Alimenta os Sistemas de Informação epidemiológica e sanitária, bem como assegura a divulgação de informações e análises?</p> <p>2.1.1.6 Participa do processo de formulação da política municipal de saúde, e considera as diretrizes aprovadas em conferências de saúde e discussão nos conselhos?</p> <p>2.1.1.7 Participa da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS?</p> <p>2.1.1.8 Participa da elaboração do relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.9 Promove a participação e o controle social?</p> <p>2.1.1.10 Coordena e executa as atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local?</p> <p>2.1.1.11 Comunica, lidera e motiva o pessoal sob sua responsabilidade?</p> <p>2.1.1.12 Participa de cursos de capacitação contínua em gerência dos serviços de saúde?</p>			
2.2	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de instrumentos e mecanismos para detectar de forma rápida e precisa as necessidades de melhoria da gestão municipal?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Esses instrumentos e mecanismos favorecem:</p> <p>4.2.1.1 A detecção de deficiências nas capacidades de gestão?</p> <p>4.2.1.2 A resposta rápida diante de deficiências relevantes?</p> <p>4.2.1.3 Poderia mencionar um exemplo específico desses mecanismos que tenham sido implementados nos últimos 12 meses?</p>			
2.3	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação que favoreçam o impacto das ações de gestão e gerência em saúde?			
2.3.1	<p>Utiliza recursos como:</p> <p>2.3.1.1 Programas de rádio?</p> <p>2.3.1.2 Teatro educativo popular?</p> <p>2.3.1.3 Programas de televisão?</p> <p>2.3.1.4 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 9 - COORDENAÇÃO, NEGOCIAÇÃO, REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DE AÇÕES, BENS E SERVIÇOS E DO SISTEMA DE SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>REVISÃO PERIÓDICA E AVALIAÇÃO DO MARCO REGULATÓRIO.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>= Revisa oportunamente – baseando-se no melhor conhecimento disponível, estadual, nacional e internacional – o marco legal vigente para proteger a saúde da população e promover ambientes saudáveis.</p> <p>= Elabora e propõe normas, portarias e resoluções complementares de interesse para o município.</p> <p>= Propõe a atualização da redação e do conteúdo da normatização para garantir que ela espelhe o conhecimento científico atual em saúde, as novas demandas das políticas e da gestão, bem como a correção dos efeitos não desejados que a legislação possa causar.</p> <p>= Consulta legisladores, assessores jurídicos e público em geral, especialmente pessoas e organizações diretamente afetadas pela legislação que está sendo atualizada.</p> <p>= Acompanha as propostas legislativas durante sua etapa de discussão, assessorando os legisladores.</p>			
1.1	A Autoridade Sanitária Municipal dispõe de especialistas ou estabelece cooperação técnica para a redação de leis e regulamentações voltadas à proteção da saúde da população?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal dispõe de:</p> <p>1.1.1.1 Assessoria jurídica própria com experiência na elaboração de leis, decretos, portarias e resoluções?</p> <p>1.1.1.2 Assessoria jurídica externa ou estabelece cooperação técnica para a mesma finalidade da pergunta anterior?</p> <p>1.1.1.3 Pessoal capacitado nos procedimentos legislativos e técnicos relativos à adoção, à emenda e à rejeição de leis e regulamentações de saúde?</p>			
1.2	A Autoridade Sanitária Municipal revisa o marco legal para a proteção da saúde e da segurança da população?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Essa revisão:</p> <p>1.2.1.1 Inclui projetos de lei?</p> <p>1.2.1.2 Considera a coerência da legislação com o conhecimento científico existente em saúde?</p> <p>1.2.1.3 Considera o impacto esperado quanto aos efeitos adversos dessas leis e regulamentações?</p>			

	<p>1.2.1.4 É realizada de forma oportuna?</p> <p>1.2.1.5 É realizada periodicamente após as Conferências Municipais de Saúde?</p> <p>1.2.1.6 Ajusta o Código Sanitário Municipal à Lei no 8.080 e à Lei no 8.142?</p>			
1.3	A Autoridade Sanitária Municipal solicita subsídio para a avaliação do marco legal de saúde?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Solicita subsídios da(o):</p> <p>1.3.1.1 Secretaria Estadual de Saúde, do Conasems, Secretarias Municipais de Saúde e do Cosems?</p> <p>1.3.1.2 Conselho Estadual de Saúde?</p> <p>1.3.1.3 Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>1.3.1.4 Associações de usuários e grupos de interesse?</p> <p>1.3.1.5 Assembléia Legislativa?</p> <p>1.3.1.6 Instituições de ensino e pesquisa?</p> <p>1.3.1.7 Ministério Público?</p> <p>1.3.1.8 Sindicatos e associações profissionais?</p>			
1.4	A Autoridade Sanitária Municipal executa ações para modificar as leis e as regulamentações de acordo com os resultados da revisão?			
1.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>1.4.1.1 Busca assessoria e apoio dos legisladores para a redação das modificações legais necessárias?</p> <p>1.4.1.2 É proativa para propor as modificações legais necessárias à proteção da saúde e da segurança da população?</p>			
2.	<p>CAPACIDADE TÉCNICA E INSTITUCIONAL PARA FAZER CUMPRIR NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO AS LEIS E AS NORMAS DO SUS.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>= Realiza as atividades de fiscalização, controle e auditoria em saúde, em sua área de jurisdição, de acordo com a normatização do SUS.</p> <p>=Coordena os setores envolvidos na fiscalização a fim de aumentar a eficiência e o âmbito da ação.</p> <p>=Possui mecanismos para monitorar e corrigir abusos de poder ou falta de exercício da fiscalização sob pressão de grupos influentes.</p> <p>=Adota uma atitude fiscalizadora centrada mais na educação e na prevenção das transgressões que na sanção pelas faltas cometidas.</p> <p>=Promove, conjuntamente com o estado, o cumprimento da normatização relacionada à saúde por meio da educação e da informação dos consumidores e da integração das atividades de fiscalização, controle e</p>			

	<p>auditoria com o restante das ações de saúde.</p> <p>=Desenvolve uma política de prevenção da corrupção que possa ser inserida de forma prática nas atividades de fiscalização e avaliada periodicamente por entes independentes para introduzir correções com base nos resultados.</p>			
2.1	A Autoridade Sanitária Municipal desenvolve processos sistemáticos para fazer cumprir as leis e as normas existentes?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Nesses processos:</p> <p>2.1.1.1 Desenvolve e/ou utiliza instrumentos para as atividades de fiscalização e auditoria em saúde?</p> <p>2.1.1.2 Organiza os serviços de auditoria e fiscalização dentro da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.3 Os profissionais e demais trabalhadores de saúde estão enquadrados no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do município?</p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>2.1.1.4 Faz o acompanhamento das práticas de fiscalização e auditoria nos limites da lei?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe mecanismo de controle formal das práticas de abuso de poder nas ações de fiscalização e na auditoria? • Monitora o cumprimento das diretrizes para a fiscalização e a auditoria? <p>2.1.1.5 Possui uma instância de recurso para corrigir o abuso de poder?</p> <p>2.1.1.6 Tem formalmente designados os responsáveis pela auditoria e pela fiscalização e proporciona a identificação profissional destes?</p> <p>2.1.1.6 Monitora a oportunidade e a efetividade da fiscalização e da auditoria?</p>			
2.2	A Autoridade Sanitária Municipal divulga as leis e as normas de saúde e estimula seu cumprimento?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>2.2.1.1 Divulga a importância do cumprimento de leis, normas, do Código Sanitário Municipal e dos procedimentos aplicáveis para esse fim?</p> <p>2.2.1.2 Dispõe de procedimentos preestabelecidos para informar as pessoas e as organizações que serão afetadas pelas leis e pelas normas de saúde?</p> <p>2.2.1.3 Dispõe de um sistema de acompanhamento para favorecer o cumprimento das normas?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isso inclui a certificação de qualidade relativa ao cumprimento do Código Sanitário? 			
2.3	A Autoridade Sanitária Municipal desenvolve e utiliza políticas próprias ou do estado para prevenir a corrupção no sistema de saúde?			

2.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa política: 2.3.1.1 É formalizada e aprovada no Conselho Municipal de Saúde? 2.3.1.2 É compartilhada com o Ministério Público Municipal? 2.3.1.3 Contempla medidas para evitar as manipulações de grupos de pressão externos à política do SUS? 2.3.1.4 Dispõe de mecanismos de advertência e sanções às práticas ilegais em matéria de fiscalização, controle e auditoria? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A Secretaria Municipal de Saúde tem programas para divulgação desses mecanismos aos seus servidores? 			
3.	<p>CONHECIMENTOS, HABILIDADES E MECANISMOS PARA REVISAR E FAZER CUMPRIR O MARCO REGULATÓRIO. Padrão: A Autoridade Sanitária Municipal: =Dispõe de uma assessoria competente com conhecimento sobre procedimentos de regulamentação relacionados com adoção, correção e revogação das normas do sistema municipal de saúde. =Garante a disponibilidade de mecanismos e recursos para fazer cumprir as leis e as normas vigentes. =Avalia periodicamente o nível de conhecimentos e competências municipais e a capacidade para revisar e fazer cumprir as leis e as normas de saúde.</p>			
3.1	A Autoridade Sanitária Municipal possui capacidade institucional suficiente para exercer as funções normativas, de auditoria, de controle e de fiscalização que lhe competem?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Autoridade Sanitária Municipal dispõe de: 3.1.1.1 Assessoria competente para o desenvolvimento do marco regulatório e para a elaboração de normas e atos legais? 3.1.1.2 Recursos e pessoal com conhecimentos e habilidades para exercer as funções de fiscalização, controle e auditoria em saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe pessoal suficiente e qualificado para exercer as funções normativas, de fiscalização, de controle e de auditoria em saúde? • Existem instalações físicas, equipamentos e recursos de informática suficientes? • Existem recursos financeiros suficientes? 			
3.2	A Autoridade Sanitária Municipal dispõe de mecanismos e recursos para fazer cumprir as leis e as normas?			
3.2.1	<u>Caso afirmativo:</u>			

	<p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>3.2.1.1 Está estruturada para exercer a função de fiscalização de controle e auditoria de sua competência?</p> <p>3.2.1.2 Possui recursos humanos qualificados e recursos financeiros suficientes para fiscalização sanitária?</p> <p>3.2.1.3 Possui recursos humanos qualificados e recursos financeiros suficientes para o controle e a auditoria?</p> <p>3.2.1.4 Possui recursos de infra-estrutura para cumprir a norma?</p> <p>3.2.1.5 Dispõem de instrumentos, rotinas e protocolos para o pessoal de fiscalização, controle e auditoria realizar seu trabalho?</p> <p>Em caso afirmativo, esses instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluem orientação sobre o marco regulatório? • Incluem a definição de prioridades para a fiscalização e a auditoria em situações específicas? 			
3.3	A Autoridade Sanitária Municipal garante processo de qualificação permanente para o pessoal de controle, auditoria e fiscalização?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Nesse processo:</p> <p>3.3.1.1 Os novos servidores da área têm informação e orientação suficientes sobre controle, auditoria e fiscalização?</p> <p>3.3.1.2 Os cursos de treinamento estão disponíveis atualmente?</p> <p>3.3.1.3 Os cursos incluem boas práticas de controle, auditoria e fiscalização?</p> <p>3.3.1.4 É garantido que a educação permanente para o pessoal de controle, auditoria e fiscalização seja realizada regularmente?</p> <p>3.3.1.5 Os auditores e os fiscais são treinados em comunicação interpessoal e em segurança pessoal como, por exemplo, aprender a lidar com situações e pessoas difíceis?</p>			
3.4	A Autoridade Sanitária Municipal avalia sua capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria?			
3.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>3.4.1.1 Têm progredido em sua capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria?</p> <p>3.4.1.2 Poderia mencionar um exemplo de progresso no marco regulatório existente?</p>			
4.	<p>CAPACIDADE PARA REGULAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Regula e avalia prestadores de serviços públicos e privados conforme desenho da rede de assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto.</p> <p>=Cria e opera complexos reguladores.</p>			

	<p>=Adota protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;</p> <p>=Executa o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;</p> <p>=Controla a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;</p> <p>=Planeja e executa a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;</p> <p>=Observa as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;</p> <p>=Realiza a contratualização de todos os prestadores de serviços públicos e privados e coloca todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação.</p> <p>=Monitora e fiscaliza os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;</p> <p>=Monitora e fiscaliza a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;</p> <p>=Monitora e fiscaliza o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;</p> <p>=Processa a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realiza o pagamento dos prestadores de serviços;</p> <p>=Monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;</p> <p>=Implementa a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;</p> <p>=Realiza auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.</p> <p>=Implementa a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade.</p>			
4.1	A Secretaria Municipal da Saúde regula e avalia prestadores de serviços públicos e privados?			
4.1.1	<p>Caso afirmativo:</p> <p>A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>4.1.1.1 Regula e avalia prestadores de serviços conforme desenho da rede de assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto?</p> <p>4.1.1.2 Regula e avalia os prestadores públicos e privados situados em seu território?</p> <p>4.1.1.3 Monitora e avalia as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de</p>			

	<p>indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais?</p> <p>4.1.1.4 Implementa a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade?</p> <p>4.1.1.5 Monitora e fiscaliza a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial?</p>			
4.2	A Secretaria Municipal da Saúde cria complexos reguladores?			
4.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>4.2.1.1 Cria complexos reguladores que podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS?</p> <p>4.2.1.2 Opera complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região, e pactua na CIB?</p> <p>4.2.1.3 Coloca todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação?</p> <p>4.2.1.4 Realiza a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços?</p> <p>4.2.1.5 Adota protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais?</p> <p>4.2.1.6 Controla a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber?</p> <p>4.2.1.7 Executa o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação?</p> <p>4.2.1.8 Planeja e executa a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas?</p> <p>4.2.1.9 Monitora e fiscaliza a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial?</p> <p>4.2.1.10 Observa as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais?</p>			
4.3	A Secretaria Municipal da Saúde realiza a contratualização de serviços e prestadores?			
4.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>4.3.1.1 Elabora contratos com os prestadores de serviços de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde?</p>			

	<p>4.3.1.2 Realiza a contratualização de todos os prestadores de serviços?</p> <p>4.3.1.3 Monitora e fiscaliza os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas?</p> <p>4.3.1.4 Mantém atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde?</p> <p>4.3.1.5 Monitora e fiscaliza o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços?</p>			
4.4	A Secretaria Municipal da Saúde programa, monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros?			
4.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>4.4.1.1 Define a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde?</p> <p>4.4.1.2 Monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios?</p> <p>4.4.1.3 Processa a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realiza o pagamento dos prestadores de serviços?</p>			
4.5	A Secretaria Municipal da Saúde implementa e realiza a auditoria dos serviços de saúde?			
4.5.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>4.5.1.1 Implementa a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial?</p> <p>4.5.1.2 Realiza auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão?</p> <p>4.5.1.3 Monitora e avalia as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais?</p> <p>4.5.1.4 Implementa a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análises de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade?</p>			
4.6	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação que favoreçam a divulgação e o impacto das ações de regulação (normas, leis e regulamentações), controle, auditoria e fiscalização em saúde?			
4.6.1	<p>Utiliza como:</p> <p>4.6.1.1 Programas de rádio?</p> <p>4.6.1.2 Teatro educativo popular?</p> <p>4.6.1.3 Programas de televisão?</p> <p>4.6.1.4 Internet?</p> <p>4.6.1.5 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.?</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 10 - GESTÃO DO TRABALHO E FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS/PESSOAS PARA O SUS

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>SITUAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Mantém um registro atualizado dos postos de trabalho ocupados e vagos na Secretaria Municipal de Saúde. = Conduz, no mínimo a cada dois anos, uma avaliação do número, do tipo, da distribuição geográfica, da faixa salarial, dos requisitos mínimos de educação, da qualificação, do recrutamento, da fixação do pessoal da rede pública e, a cada quatro anos, do conjunto dos trabalhadores da saúde. = Estima as futuras necessidades da força de trabalho em termos quantitativos e qualitativos e formula propostas para supri-las, em parceria com as instituições formadoras e o estado. = Faz um acompanhamento dos requisitos mínimos de educação, da qualificação e necessidades de capacitação para o trabalho.</p>			
1.1	A Gestão Municipal do SUS, em parceria com as instituições formadoras e o estado, define as necessidades atuais de Recursos Humanos (RH) em saúde?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS define: 1.1.1 A quantidade de RH necessária para exercer as funções de gestão e gerência no sistema e nos serviços públicos de saúde no município? Em caso afirmativo, essa definição existe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em âmbito municipal, territorial, distrital? <p>1.1.1.2 O perfil dos RH necessários para exercer as funções de gestão e gerência no sistema e nos serviços públicos de saúde no município? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O perfil existe para o âmbito municipal, distrital, territorial? <p>1.1.1.3 As competências necessárias para exercer as funções relativas à atenção à saúde no SUS municipal? Em caso afirmativo, as competências necessárias estão definidas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilância à saúde? • Atenção Básica em Saúde? 			

	<ul style="list-style-type: none"> Atenção especializada à saúde? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS identifica as falhas a serem corrigidas em matéria de composição e disponibilidade da força de trabalho?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.2.1.1 Possui critérios para estimar as necessidades futuras de recursos humanos em saúde?</p> <p>1.2.1.2 Busca apoio de instituições formadoras para analisar necessidades de recursos humanos?</p> <p>1.2.1.3 Compara as necessidades futuras com as atuais?</p> <p>1.2.1.4 Planeja medidas para reduzir as falhas existentes?</p>			
1.3	A Gestão Municipal do SUS avalia periodicamente a caracterização da força de trabalho existente na rede pública no município?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS tem acesso contínuo e automático aos dados relativos a:</p> <p>1.3.1.1 Estrutura de remunerações e outros benefícios pecuniários da força de trabalho da rede pública no município?</p> <p>1.3.1.2 Distribuição geográfica da força de trabalho em saúde?</p> <p>1.3.1.3 Distribuição da força de trabalho em saúde de acordo com a natureza da instituição empregadora: pública, filantrópica, privada e organizações não-governamentais?</p> <p>1.3.1.4 Escolaridade para postos de trabalho específicos?</p> <p>1.3.1.5 Competências necessárias para postos de trabalho específicos?</p> <p>Em caso afirmativo, avalia:</p> <ul style="list-style-type: none"> As competências existentes para trabalhar com as diferenças de etnia e gênero? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Define estratégias para a obtenção dessa força de trabalho? <p>1.3.1.6 A Gestão Municipal do SUS possui um sistema de informação para gerenciar as variáveis descritas anteriormente?</p> <p>1.3.1.7 A Gestão Municipal do SUS avalia periodicamente a caracterização da força de trabalho existente na rede pública no município, em parceria com o setor formador?</p>			
1.4	A Secretaria Municipal de Saúde mantém um inventário atualizado com base em um perfil predeterminado dos postos de trabalho necessários para desempenhar suas funções?			
1.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Este inventário inclui:</p> <p>1.4.1.1 A definição prévia do perfil dos postos?</p> <p>1.4.1.2 A definição de prioridades para preencher as vagas?</p>			

	<p>1.4.1.3 A análise completa dos postos ocupados e vagos?</p> <p>1.4.1.4 A análise dos postos ocupados e vagos dos servidores descentralizados?</p> <p>1.4.1.5 Uma estimativa dos postos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>1.4.1.6 Uma estimativa de áreas de crescimento futuro?</p>			
1.5	A Gestão Municipal do SUS envolve outras instituições na avaliação da quantidade e da qualidade da força de trabalho?			
1.5.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Estão entre essas instituições:</p> <p>1.5.1.1 Universidades e outras instituições formadoras?</p> <p>1.5.1.2 Organizações não-governamentais da área da saúde?</p> <p>1.5.1.3 Associações, Sindicatos e Conselhos profissionais da área da saúde?</p> <p>1.5.1.4 Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>1.5.1.5 Secretaria Estadual de Saúde?</p> <p>1.5.1.6 Conselho Estadual de Saúde?</p> <p>1.5.1.7 Secretaria Municipal de Educação?</p> <p>1.5.1.8 Secretaria Estadual de Educação?</p> <p>1.5.1.9 Secretaria Municipal do Trabalho?</p> <p>1.5.1.10 Secretaria Estadual do Trabalho?</p>			
2.	<p>QUALIFICAÇÃO, CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DA FORÇA DE TRABALHO NO MUNICÍPIO.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Garante que os seus trabalhadores de saúde possuam o nível educacional e a certificação de estudos consoantes com o que a lei estabelece.</p> <p>= Coordena programas de capacitação e educação permanente em serviço ou fora dele.</p> <p>= Avalia periodicamente o desempenho dos programas de capacitação e educação permanente para a melhoria dos Recursos Humanos em saúde.</p> <p>= Propõe e implementa planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde no município.</p> <p>= Desenvolve ações permanentes de seleção e recrutamento internos de trabalhadores com perfil para o exercício da gestão e da gerência, capacitando-os e incentivando sua permanência na instituição;</p> <p>= Apóia e busca garantir que os trabalhadores de saúde do SUS possuam a qualificação necessária à gestão, à gerência e à prestação de serviços de saúde no SUS.</p> <p>= Colabora com instituições formadoras para recomendar diretrizes curriculares para programas de formação.</p>			

2.1	A Gestão Municipal do SUS, em parceria com as instituições formadoras e o estado, desenvolve estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.1.1.1 Dispõe de critérios pactuados no Conselho Municipal de Saúde para a qualificação a ser exigida no processo de contratação de Recursos Humanos em saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o cumprimento desses critérios nos processos de contratação no município? <p>2.1.1.2 Dispõe de políticas que permitam garantir capacitação adequada a suas responsabilidades para os profissionais e os trabalhadores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.3 Colabora e atua para desenvolver um currículo básico de saúde coletiva em parceria com instituições formadoras e sociedades científicas?</p> <p>2.1.1.4 Incentiva a participação da força de trabalho de saúde em atividades de educação permanente que permitam melhorar a qualidade de seu desempenho?</p> <p>2.1.1.5 Oferece ou coordena treinamento para a os trabalhadores de saúde no município que ingressam na carreira?</p> <p>2.1.1.6 Dispõe de estratégias que permitam avaliar a efetividade de suas políticas de recrutamento e fixação no emprego, além das condições de trabalho, na rede pública do município, no mínimo a cada três anos?</p> <p>2.1.1.7 Considera as diretrizes nacionais para planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para o SUS, quando da elaboração e implementação de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito da gestão local?</p> <p>2.1.1.8 Desenvolve e implementa planos para a formação ética, incluindo os aspectos de bioética, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade e respeito à dignidade humana?</p> <p>2.1.1.9 Desenvolve e implementa planos de ação para melhorar a qualidade e a capacidade de resolução de problemas da força de trabalho de saúde no município?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia periódica e sistematicamente esses planos? 			
2.2	Desenvolve estratégias para fortalecer a capacidade de gerência e liderança?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>2.2.1.1 Proporciona à força de trabalho em saúde, da rede municipal, as oportunidades para o desenvolvimento de capacidades gerenciais?</p> <p>2.2.1.2 Identifica com agilidade potenciais gerentes entre os servidores da rede municipal?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Adota mecanismos para fixar e promover os potenciais gerentes identificados? • Fornecem incentivos para melhorar a competência e a capacidade gerencial? <p>2.2.1.3 Dispõe de mecanismos para identificar e recrutar potenciais gerentes?</p> <p>2.2.1.4 Estabelece acordos com instituições formadoras e outras instituições dedicadas ao desenvolvimento de lideranças e gerentes em saúde?</p> <p>2.2.1.5 Dispõe de estratégias de incorporação de conteúdos éticos e princípios de cidadania nos processos de formação e educação permanente dos gerentes e dos líderes?</p>			
2.3	A Gestão Municipal do SUS dispõe de um sistema de avaliação de desempenho dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde?			
2.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Este sistema:</p> <p>2.3.1.1 Define as expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada trabalhador para um período definido?</p> <p>2.3.1.2 Define resultados mensuráveis do trabalho de cada trabalhador?</p> <p>2.3.1.3 Comunica a cada trabalhador os resultados esperados de seu trabalho em um período definido?</p> <p>2.3.1.4 Analisa os resultados e propõe melhorias para o sistema?</p> <p>2.3.1.5 Utiliza os resultados da avaliação para o redirecionamento dos planos estratégicos na área de Recursos Humanos e para a alocação de responsabilidades e a fixação de trabalhadores por merecimento?</p>			
3.	<p>FORMAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Estabelece vínculos com instituições formadoras dedicadas à formação e pós-graduação para educação permanente aos Recursos Humanos do SUS. = Avalia e incentiva as instituições formadoras a adequar seus programas e suas estratégias docentes às necessidades derivadas da política nacional, estadual e municipal de saúde. = Compartilha com as instituições formadoras, os profissionais e o controle social os resultados da avaliação dos processos educativos. =Reforça o componente da educação para a saúde nos programas de desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da formação em saúde.</p>			
3.1	A Gestão Municipal do SUS orienta e promove, mediante parcerias, programas de pós-graduação para as profissões da área da saúde como parte da sua política de educação permanente?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 3.1.1.1 Facilita acordos formais e não-formais com instituições formadoras no âmbito da saúde para permitir</p>			

	<p>o acesso a programas de pós-graduação?</p> <p>3.1.1.2 Incentiva as instituições formadoras no âmbito da saúde a oferecer programas que satisfaçam às necessidades do SUS?</p> <p>3.1.1.3 Avalia regularmente esses programas de pós-graduação?</p> <p>3.1.1.4 Consulta as instituições prestadoras de serviços sobre as habilidades e os conhecimentos adquiridos nos programas de pós-graduação?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminha às instituições formadoras as reorientações necessárias a partir dos resultados dessa avaliação? <p>3.1.1.5 Dispõe de estratégias e mecanismos de fomento para garantir a fixação e a reinserção dos Recursos Humanos que foram formados nesses programas?</p>			
3.2	<p>A Gestão Municipal da Saúde reforça o componente da educação para a saúde nos programas de desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da formação em saúde?</p>			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.2.1.1 Prioriza a formação com ênfase na Atenção Básica em Saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece pacto de co-responsabilidade com os municípios e mecanismos de financiamento para a formação na Atenção Primária? • Estabelece ou adota uma política de incentivos para a formação em saúde das equipes de Atenção Primária? <p>3.2.1.2 Fortalece o desenvolvimento de recursos humanos com ênfase na educação para a saúde?</p> <p>3.2.1.3 Estimula os Centros de Formação a incluir conteúdos e fomenta atitudes positivas nos estudantes da área de saúde?</p> <p>3.2.1.4 Promove e articula junto às Escolas Técnicas de Saúde de uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem?</p> <p>3.2.1.5 Inclui componentes de ética nos programas de educação permanente?</p>			
4.	<p>ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Capacita os profissionais da área de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde para atuar na administração de pessoal. = Desenvolve programas de apoio e cooperação com a gestão regional e estadual para a capacitação das</p>			

	<p>equipes que trabalham na administração de pessoal.</p> <p>= Promove estudos com instituições de pesquisa para a incorporação de tecnologias que sirvam para facilitar a administração de servidores públicos do município, e acessa os conhecimentos e tecnologias disponibilizados pelo estado.</p> <p>= Avalia continuamente a área de Recursos Humanos, promovendo pesquisas sobre a situação funcional das diversas categorias profissionais da área da saúde e divulga essas informações.</p> <p>= Implanta o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).</p> <p>= Realiza periodicamente concurso público para admissão de pessoal.</p>			
4.1.	A Secretaria Municipal de Saúde formula e executa uma política de administração de Recursos Humanos?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa política contempla:</p> <p>4.1.1.1 A incorporação de tecnologias que facilitam a administração de Recursos Humanos?</p> <p>4.1.1.2 A capacitação de sua força de trabalho e a do município para a organização do setor de administração de Recursos Humanos?</p> <p>4.1.1.3 A formação de gerentes para a área de Recursos Humanos?</p> <p>Em caso afirmativo, incentiva a incorporação dessas práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em âmbito municipal, territorial e distrital? • Poderia citar um exemplo? <p>4.1.1.4 A Secretaria Municipal de Saúde possui um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esse PCCS foi elaborado em conjunto com os servidores? • Ou foi adotado um modelo de PCCS elaborado pelo estado? <p>4.1.1.5 Realiza concurso público para admissão de pessoal?</p> <p>Em caso afirmativo, o concurso público:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi realizado nos últimos três anos? • Incorporou os cargos vagos dos servidores municipalizados e estadualizados? • Incorporou todas as vagas necessárias? <p>4.1.1.6 Apóia técnica e financeiramente o funcionamento da mesa municipal, macro ou microregional de negociação?</p> <p>4.1.1.7 Tem o apoio técnico e financeiro do estado para o funcionamento da mesa municipal, macro ou microregional de negociação?</p>			
5.	DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.			

	<p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Dispõe de uma política de Educação Permanente em Saúde articulada com atores setoriais e extra-setoriais relevantes. =Desenvolve estratégias de educação com base nas necessidades da população do município; = Estabelece incentivos ou busca apoio do estado para o financiamento de iniciativas efetivas de educação integradas à atenção à saúde e aos diversos programas intersetoriais. =Promove o desenvolvimento de intervenções e normas voltadas à promoção de condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis. =Desenvolve e implementa atividades de educação acessíveis a todos os cidadãos com incentivos próprios ou do estado.</p>			
5.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de uma política de Educação Permanente em Saúde escrita e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde?			
5.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa política escrita e aprovada no Conselho Municipal de Saúde: 5.1.1.1 Incorpora as recomendações das Conferências de Saúde e de outros setores relevantes? 5.1.1.2 Definem objetivos e metas de curto, médio e longo prazo em matéria de educação? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Essas metas são estabelecidas com a participação dos demais órgãos de governo? 			
5.2	A Gestão Municipal do SUS dispõe de recursos para a execução da política de Educação Permanente em Saúde e de projetos de educação?			
5.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 5.2.1.1 Avalia anualmente o resultado da política e a disponibilidade dos recursos? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promove modificações na política e no sistema de recursos com base nos resultados da avaliação? <p>5.2.1.2 A política municipal de Educação Permanente em Saúde integra ações intersetoriais de educação, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, trabalho e moradia? 5.2.1.3 Possui disponibilidade orçamentária e financeira própria ou do estado para o desenvolvimento de projetos, incluindo a capacitação de recursos humanos e produção de eventos em educação? 5.2.1.4 Os projetos de educação à saúde executaram todos os recursos financeiros a eles destinados no ano anterior? Em caso afirmativo: Poderia mencionar um exemplo de projeto financiado pelo estado ou pelo município nos últimos 12 meses a:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Municipal de Saúde ou outros órgãos públicos? • Organizações não-governamentais sem fins lucrativos ou organizações comunitárias? • Instituições privadas? 			
5.3	A Gestão Municipal do SUS estabelece normas e intervenções para promover condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis?			
5.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>5.3.1.1 Estabelece um conjunto de normas de promoção de condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis?</p> <p>5.3.1.2 Planeja e executa anualmente os cursos de atualização sobre as normas e as intervenções?</p> <p>5.3.1.3 Estimula o desenvolvimento de intervenções que promovam condutas e ambientes saudáveis?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia mencionar algum exemplo dessas intervenções implementadas nos últimos 12 meses? <p>5.3.1.4 Avalia no mínimo uma vez ao ano o processo e os resultados obtidos?</p> <p>5.3.1.5 Modifica as estratégias de intervenções de acordo com os resultados da avaliação?</p>			
6.	<p>FORMAÇÃO DE ALIANÇAS SETORIAIS E EXTRA-SETORIAIS PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Garante que as atividades realizadas reforcem a ação das instituições do governo e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera municipal.</p> <p>=Estabelece alianças com organizações governamentais, não-governamentais e comunitárias para fortalecimento da política de Educação Permanente em Saúde e oferece recursos para o desenvolvimento dessas alianças.</p> <p>=Articula a captação de novos recursos junto aos demais órgãos de financiamento do governo e de organismos não-governamentais.</p> <p>=Informa periodicamente os diversos atores sociais sobre as ações prioritárias de reforço da educação na saúde.</p> <p>=Monitora e avalia o impacto da política de Educação Permanente em saúde, a efetividade de sua capacidade de formação de alianças e implementa ações de melhoria com base nos resultados dessa avaliação.</p>			
6.1	Há uma instância na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão da política de Educação Permanente em saúde?			
6.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa instância:</p>			

	<p>6.1.1.1 Possui um plano de ação que define as responsabilidades dos atores integrados a ela? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora o plano considerando o perfil da situação de saúde do município e das necessidades demandadas pela população? • Avalia periodicamente o avanço do plano e divulga os resultados dessa avaliação? • Incorpora ao plano as ações corretivas derivadas da avaliação? • Presta conta anualmente de seu trabalho aos atores-chave? <p>6.1.1.2 Desenvolveu alguma atividade de educação em conjunto com outras organizações ou setores de governo nos últimos 12 meses? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliou a relação setorial e extra-setorial estabelecida e os resultados da aliança? • Comunicou a seus parceiros os resultados dessa avaliação? • Implementou medidas para melhorar os resultados com base nessa avaliação? 			
6.2	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de capacidade para medir o impacto, no setor saúde, das políticas públicas geradas por outros setores, como a educação?			
6.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>6.2.1.1 Dispõe de metodologias e instrumentos para medir o impacto de políticas públicas por outros setores na saúde?</p>			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 11 - PESQUISA CIENTÍFICA, INOVAÇÃO E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA MUNICIPAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Elabora uma política e uma agenda municipal de Pesquisa em Saúde. = Identifica e mobiliza financiamento para política e agenda municipal, considerando as insuficiências</p>			

	<p>observadas por comunidades, conselhos de saúde, órgãos formadores de recursos humanos e setores comprometidos com Ciência e Tecnologia em Saúde (CT&I/S no SUS).</p> <p>= Estimula as universidades e os institutos de pesquisas públicos e privados a estudarem os problemas contidos na agenda e integra no seu âmbito os órgãos, as fundações de apoio e os recursos disponíveis para CT&I/S.</p> <p>= Reconhece e incorpora problemas de pesquisas em todas as áreas científicas, que produzam novos conhecimentos e práticas, voltados ao aperfeiçoamento de sistemas, serviços e práticas de saúde, considerando a diversidade cultural e étnica da população.</p> <p>= Coopera na implementação da agenda, mobilizando e integrando recursos financeiros, humanos e tecnológicos: federais, estaduais, municipais e do setor privado produtivo.</p> <p>= Divulga os avanços, as conquistas e as descobertas, decorrentes da aplicação da agenda, para comunidade científica, universidades e institutos de pesquisas públicos e privados, conselhos e toda a sociedade.</p>			
1.1	A Gestão Municipal do SUS dispõe de uma Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa política incorpora:</p> <p>1.1.1.1 As diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S)?</p> <p>1.1.1.2 Estudos que possam fundamentar as decisões políticas relevantes em saúde?</p> <p>1.1.1.3 Estudos que produzam evidências que possam melhorar a gestão dos serviços de saúde?</p> <p>1.1.1.4 Estudos que avaliem a exequibilidade e a sustentabilidade econômica das inovações em saúde pública?</p> <p>1.1.1.5 As fontes de financiamento para realizar essas investigações?</p> <p>1.1.1.6 As prioridades de pesquisa de um conjunto amplo de outros atores (acadêmicos, não-governamentais, privados, comunitários)?</p> <p>1.1.1.7 A colaboração formal de instituições dedicadas à pesquisa, à ciência e à tecnologia em saúde para o planejamento e sua execução?</p> <p>1.1.1.8 A elaboração de uma agenda de cooperação com instituições que financiam Pesquisa em Saúde no município e/ou estado?</p> <p>1.1.1.9 A perspectiva da diversidade cultural, étnica e de gênero nas pesquisas e nos programas?</p> <p>1.1.1.10 A existência de alguma instância na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, com a responsabilidade de implementá-la?</p>			
1.2	A Gestão Municipal do SUS dispõe de uma agenda de Pesquisa em Saúde?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa agenda:</p> <p>1.2.1.1 Incorpora as diretrizes do Plano Municipal de Saúde?</p>			

	<p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece claramente as metas a serem alcançadas? • Estabelece as fontes de financiamento para pesquisa em saúde no município? • Define coletivamente as questões relevantes e áreas que precisam de mais investimentos? <p>1.2.1.2 Foi debatida com todos os atores interessados e amplamente difundida?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foi debatida e aprovada na Conferência Municipal de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde? • Foi homologada e formalizada pelo Conselho Municipal de Saúde? 			
2.	<p>DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL DE PESQUISA E INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Regula a incorporação de novas tecnologias para melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, após avaliação criteriosa e realização de estudos de validação tecnológica.</p> <p>= Conduz pesquisa autônoma para enfrentar um problema e tem experiência suficiente para elaborar propostas e agendas de investigação oportunas.</p> <p>= Garante, junto aos órgãos de controle – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – e às instituições científicas de caráter público, a adoção de procedimentos que contemplem a regulação das pesquisas quando estas envolvem novas técnicas e/ou seres humanos.</p> <p>= Garante o acesso a informações e bases de dados disponíveis no sistema municipal de saúde para a realização de pesquisas.</p> <p>= Possui experiência e capacidades para obter fundos para financiar pesquisas e programas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PCT&I/S), junto a instituições do município, do estado e junto aos Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação.</p> <p>= Possui capacidade de dar exemplos precisos de como os resultados de recentes pesquisas têm sido utilizados para melhorar as práticas de saúde.</p>			
2.1	A Gestão Municipal do SUS tem capacidade institucional para regular a incorporação de tecnologias, fomentando atividades de pesquisa e desenvolvimento em saúde?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.1.1.1 Incentiva a articulação de suas equipes técnicas ou núcleos de ciência, tecnologia e inovação em saúde com as instituições de ensino superior, de pesquisa e de fomento?</p> <p>Em caso afirmativo:</p>			

	<ul style="list-style-type: none"> Esta articulação é estabelecida por meio de vínculos formais? <p>2.1.1.2 Está capacitada para identificar os principais parceiros da área de Ciência e Tecnologia (C&T) e conduzir pesquisa autônoma sobre questões relevantes para a saúde?</p> <p>Em caso afirmativo, essa pesquisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> É realizada de forma interdisciplinar? Inclui perspectivas étnicas, de gênero e de diversidade cultural? 			
2.2	A Gestão Municipal do SUS, como responsável e gestora da agenda municipal de Pesquisa em Saúde, dispõe de critérios e normas para a aprovação de investigações que utilizem suas instalações e que englobem a população sob sua responsabilidade?			
2.2.1	<p>Caso afirmativo: Esses critérios e normas incluem:</p> <p>2.2.1.1 Avaliação da relevância do tema a ser investigado do ponto de vista das prioridades municipais?</p> <p>2.2.1.2 Procedimento formal que resguarde os aspectos éticos da pesquisa de acordo com o Conep e outros reconhecidos internacionalmente?</p> <p>2.2.1.3 Mecanismo formal e transparente para canalizar fundos de pesquisa para os orçamentos das unidades sob sua responsabilidade?</p> <p>2.2.1.4 Mecanismo formal e transparente de fixação de honorários dos investigadores?</p>			
2.3	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de instrumentos de análises adequadas para a investigação qualitativa e quantitativa de problemas de saúde em órgão próprio ou conveniado?			
2.3.1	<p>Caso afirmativo: A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>2.3.1.1 Mantém atualizadas suas bases de dados com informações de saúde adequadas para análises úteis para a investigação de problemas de saúde populacionais?</p> <p>2.3.1.2 Dispõe de acesso a softwares estatísticos para o manejo de grandes bancos de dados?</p> <p>2.3.1.3 Dispõe de profissionais qualificados no uso de software para análise de grandes bancos de dados e manejo dos sistemas de informação do SUS?</p> <p>2.3.1.4 Dispõe de suporte computacional capaz de realizar análise de grandes bancos de dados?</p> <p>2.3.1.5 Dispõe de especialistas para análise de dados qualitativos e quantitativos?</p> <p>2.3.1.6 Dispõe de profissionais capazes de apresentar, de forma compreensível aos interessados, os resultados de pesquisa relevantes para sua tomada de decisão?</p> <p>2.3.1.7 Organiza fóruns sistemáticos de discussão entre trabalhadores, usuários, gestores e pesquisadores para apresentar e discutir resultados de pesquisas relevantes para a tomada de decisões?</p> <p>2.3.1.8 Financiou pelo menos um projeto de pesquisa nos últimos 24 meses sobre os problemas de saúde relevantes?</p>			

	2.3.1.9 Utilizou, nos últimos 24 meses, o resultado de uma pesquisa para intervir sobre um problema de saúde relevante?			
3.	<p>CAPACIDADE DE GESTÃO E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA DE SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Implementa um ou mais sistemas de gestão de tecnologias e de avaliação de tecnologias em saúde integrados em uma rede. = Utiliza a evidência disponível em relação à segurança, à efetividade e à análise de custo-efetividade das intervenções em saúde para produzir recomendações relativas à incorporação e ao uso de tecnologias em saúde. = Promove o uso da avaliação de tecnologia sanitária e da prática baseadas em evidências em todo o sistema de saúde por meio de uma rede municipal que inclui prestadores públicos e privados e consumidores. = Avalia periodicamente o nível municipal de conhecimentos e competências relacionadas à incorporação, ao uso e à avaliação das tecnologias e implementa as melhorias necessárias.</p>			
3.1	A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve sistemas de gestão de tecnologias em saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde: 3.1.1.1 Dispõe de um setor de gestão tecnológica e avaliação de tecnologias em saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esse setor participa da formulação de políticas de saúde ou dos processos de tomada de decisões para elaborar essas políticas? • Utiliza a informação atualizada para fornecer melhores recomendações sobre a tecnologia disponível aos prestadores e aos usuários dos serviços de saúde? 			
3.2	A Secretaria Municipal de Saúde garante o funcionamento adequado de seu sistema de gestão de tecnologias e de avaliação de tecnologias de saúde?			
3.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde define: 3.2.1.1 As atribuições e as tarefas dos principais responsáveis para o desenvolvimento desse sistema? 3.2.1.2 A realização periódica deste tipo de avaliação? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cite um exemplo ocorrido nos últimos 12 meses. 			
3.3	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza as metodologias disponíveis para a avaliação das tecnologias?			
3.3.1	Essa avaliação inclui:			
	3.3.1.1 Segurança?			

	<p>3.3.1.2 Efetividade?</p> <p>3.3.1.3 Custo-efetividade?</p> <p>3.3.1.4 Utilidade?</p> <p>3.3.1.5 Custo-utilidade?</p> <p>3.3.1.6 Aceitação social?</p>			
3.4	A Secretaria Municipal de Saúde estimula o desenvolvimento de práticas de avaliação de tecnologias na rede municipal de serviços de saúde?			
3.4.1	<p>Essa rede inclui:</p> <p>3.4.1.1 A rede própria da Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>3.4.1.2 Outros prestadores públicos?</p> <p>3.4.1.3 Prestadores privados?</p> <p>3.4.1.4 Usuários?</p> <p>3.4.1.5 Instituições acadêmicas e institutos de pesquisa?</p> <p>3.4.1.6 Associações de profissionais?</p> <p>3.4.1.7 Associações científicas?</p> <p>3.4.1.8 Operadoras de Planos e Seguros Privados de Saúde?</p>			
3.5	A Secretaria Municipal de Saúde avalia regularmente a capacidade municipal de desenvolver gestão e de conduzir avaliações de tecnologias?			
3.5.1	<p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>3.5.1.1 Avalia periodicamente a sua capacidade própria para conduzir avaliações de tecnologias e realizar gestão tecnológica?</p> <p>3.5.1.2 incorpora as recomendações decorrentes da avaliação para melhorar essa capacidade?</p> <p>3.5.1.3 Desenvolve um programa de qualificação dos seus técnicos para avaliação e gestão de tecnologias?</p>			
4.	<p>APOIO DIRETO OU PARCERIA COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS, PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Tem acesso facilitado de pesquisadores capazes de desenvolver atividades de pesquisa de campo.</p> <p>= Busca apoio nas iniciativas de Pesquisas em Saúde, com base na agenda municipal de Pesquisa em Saúde.</p> <p>= Estimula a participação de profissionais e trabalhadores de saúde municipais nos projetos de investigação em saúde para fortalecer a formação de seus quadros em metodologia de investigação.</p> <p>= Facilita a formação de recursos humanos em investigação em saúde, criando oportunidades aos trabalhadores do SUS de se profissionalizarem, especialmente em pesquisa operacional.</p>			

	= Estabelece ou está inserida numa rede de divulgação dos resultados de pesquisas, inovações e novas práticas de saúde, buscando apoiar e ampliar as iniciativas que favoreçam a divulgação científica para pesquisadores, gestores e atores-chave.			
4.1	A Gestão Municipal do SUS busca parceria com instituições acadêmicas, no desenvolvimento de pesquisa operacional em saúde?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Município recebe assessoria em:</p> <p>4.1.1.1 Investigação de surto epidêmico em seu território? 4.1.1.2 Investigação de fatores de risco para enfermidades crônicas? 4.1.1.3 Avaliação de efetividade de intervenções coletivas em saúde? 4.1.1.4 Investigação sobre organização de serviços de saúde? 4.1.1.5 Pesquisa em gestão de sistemas locais? 4.1.1.6 Investigação de problemas de saúde relevantes para o município?</p>			
4.2	A Gestão Municipal de SUS divulga os resultados das pesquisas em saúde?			
4.2.1	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>4.2.1.1 Divulga os resultados das pesquisas para enfrentar os problemas de saúde no seu território e na região? Em caso afirmativo, essa divulgação inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As universidades e os institutos de pesquisa? • O Conselho Municipal de Saúde? • Outras instituições dedicadas à investigação em saúde? • As empresas privadas? • Organizações não-governamentais? • A utilização dos meios de comunicação? <p>4.2.1.2 Busca apoio do estado no planejamento e na execução de intervenções baseadas nos resultados da investigação em saúde em seu território? 4.2.1.3 Estimula a participação de profissionais dos municípios em projetos de pesquisa? Em caso afirmativo, esses profissionais participam na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de projetos de pesquisa? • Coleta de informação? • Análise dos resultados? <p>4.2.1.4 Os Gestores Municipais recebem algum estímulo do estado para utilizarem os resultados dessas pesquisas para melhorar as práticas de saúde?</p>			

	<p>4.2.1.5 Os profissionais de saúde recebem algum estímulo da gestão municipal para utilizarem os resultados dessas pesquisas para melhorar as práticas de saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar algum exemplo de utilização dos resultados nos últimos dois anos? 			
--	--	--	--	--

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 12 - FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	<p>INFRAESTRUTURA PARA A GESTÃO E EXECUÇÃO DO FINANCIAMENTO EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal da Saúde: =Dispõe de infra-estrutura para a gestão dos recursos financeiros no âmbito do município. =Certifica-se de que os distritos e áreas dispõem de recursos financeiros e infra-estrutura necessária. =Dispõe de pessoal qualificado para a gestão dos recursos financeiros em saúde. =Disponibiliza para os distritos e áreas normas, procedimentos e rotinas a serem seguidos para o financiamento em saúde. =Executa as ações de acordo com o Plano Diretor de Investimentos e o Plano Plurianual. =Atua em conformidade com a Lei da Responsabilidade Fiscal.</p>			
1.1	A Secretaria Municipal de Saúde possui infra-estrutura para a gestão do financiamento em saúde?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Secretaria Municipal de Saúde: 1.1.1.1 Dispõe de infra-estrutura para a gestão dos recursos financeiros no âmbito do município? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de recursos físicos e tecnológicos para elaborar e executar o orçamento? • Dispõe de pessoal qualificado para a gestão dos recursos financeiros em saúde? <p>1.1.1.2 Dispõe de serviços de verificação de contas e aplicações? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de um sistema ativo de informação? <p>1.1.1.3 Dispõe de registro atualizado das fontes de recursos e a lista de fornecedores e prestadores públicos, privados e contratados? 1.1.1.4 Dispõe do Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu</p>			

	território atualizado, segundo normas do Ministério da Saúde?			
1.2	A Secretaria Municipal de Saúde está organizada para a gestão e execução do financiamento em saúde?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.2.1.1 Possui orçamento elaborado com mecanismos que permitam a alocação eficiente dos recursos para o desenvolvimento de prioridades, metas e objetivos pactuados? 1.2.1.2 Dispõe de protocolos e manuais de procedimento próprios ou do estado para orientação sobre o financiamento em saúde? 1.2.1.3 Dispõe de protocolos com prazos definidos para a prestação das contas da saúde? 1.2.1.4 Dispõe de protocolos para o cadastro e pagamento dos fornecedores públicos ou privados? 1.2.1.5 Possui mecanismos formais de controle de contas? 1.2.1.6 Dispõe de um sistema para o acompanhamento e controle dos gastos em saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Os gastos em saúde atendem ao cumprimento das regulamentações sobre o financiamento? 			
1.3	A Secretaria Municipal da Saúde possui o Plano de Diretor de Investimentos?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Este plano de investimentos contempla: 1.3.1.1 O cronograma de execução dos investimentos com a especificação das atividades, os responsáveis e os prazos de cumprimento? 1.3.1.2 A alocação de recursos em obras de reforma e ampliação de unidades de saúde? 1.3.1.3 A alocação de recursos para aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento de unidades de saúde? 1.3.1.4 O estabelecimento de indicadores de acompanhamento e avaliação da execução dos investimentos previstos? 1.3.1.5 A especificação das fontes dos recursos financeiros que serão alocados?</p>			
2.	<p>CAPACIDADE INSTITUCIONAL PARA A GESTÃO DO FINANCIAMENTO EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Promove a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; = Prioriza os investimentos (Plano Diretor de Investimentos - PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI. =Norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores e de acordo com a programação das ações de saúde local/no território; =Gera a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada de acordo com os</p>			

	<p>pactos de referência entre municípios.</p> <p>= Elabora o orçamento da saúde com mecanismos que permitam a alocação eficiente dos recursos para o desenvolvimento de prioridades, metas e objetivos pactuados.</p> <p>=Define a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde.</p> <p>=Gere o Fundo Municipal de Saúde e os recursos fiscais.</p> <p>=Monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios.</p> <p>=Racionaliza os gastos e otimiza os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência municipal.</p> <p>= Participa do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.</p> <p>= Monitora o cumprimento do financiamento previsto na legislação para o setor saúde no município.</p> <p>=Organiza a distribuição e utilização dos recursos financeiros para a execução da gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde.</p> <p>=Executa as contas da saúde com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das fontes.</p> <p>=Estabelece mecanismos de financiamento que incentive a Rede Integrada de serviços de saúde no sistema municipal de saúde.</p>			
2.1	A Secretaria Municipal da Saúde programa, monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal da Saúde:</p> <p>2.1.1.1 Promove a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS?</p> <p>2.1.1.2 Faz um levantamento, das necessidades de pessoal, capacitação, equipamento, entre outras necessidades para o financiamento em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza esse levantamento para definir prioridades, capacitação e volume de investimento? <p>2.1.1.3 Norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores e de acordo com a programação das ações de saúde local/no território?</p> <p>2.1.1.4 Utiliza o teto financeiro como base para a programação a cada gestão, e revisa periodicamente e sempre que necessário?</p> <p>2.1.1.5 Gere a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada de acordo com os pactos de referência entre municípios?</p> <p>2.1.1.6 Prioriza os investimentos (PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI?</p> <p>2.1.1.7 Monitora e fiscaliza a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e</p>			

<p>automática (fundo a fundo) e por convênios?</p> <p>2.1.1.8 Organiza a distribuição e utilização dos recursos financeiros para a execução da gestão do sistema e gerência dos serviços de saúde?</p> <p>2.1.1.9 Executa as contas da saúde com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das fontes?</p> <p>2.1.1.10 Monitora e avalia as contas da saúde realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de acompanhamento?</p> <p>2.1.1.11 Racionaliza os gastos e otimiza os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência municipal?</p> <p>2.1.1.12 Define a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde?</p> <p>2.1.1.13 Elabora relatório de execução físico-financeira, evidenciando os recursos recebidos, a contrapartida e os rendimentos da aplicação financeira?</p> <p>2.1.1.14 Participa do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde?</p> <p>2.1.1.15 Monitora o cumprimento do financiamento previsto na legislação para o setor saúde no município?</p> <p>2.1.1.16 Presta contas trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.17 Executa os recursos financeiros de acordo com os padrões de conformidade da Lei de Responsabilidade Fiscal?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisiona o estrito cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal? <p>2.1.1.18 Elabora convênios e projetos para arrecadação de recursos financeiros?</p> <p>2.1.1.19 Mantém atualizado o registro das fontes de recursos e a lista de fornecedores e prestadores públicos, privados e contratados?</p> <p>2.1.1.20 Processa a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados?</p> <p>2.1.1.21 Realiza o pagamento dos prestadores de serviços de saúde próprios e contratados?</p> <p>2.1.1.22 Gera relatórios regulares para análise e avaliação dos gastos em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de base de dados de informações financeiras? • Incorpora informações dos sistemas de informação em saúde? <p>2.1.1.23 Produz e divulga boletins periódicos sobre o financiamento em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtém e processa sistematicamente o <i>feedback</i> sobre suas publicações? <p>2.1.1.24 Elabora e distribui informes periódicos e regulares sobre as tendências, as fontes e o volume de recursos financeiros disponíveis pela Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>2.1.1.25 Produz e distribui guias orientando o desenvolvimento de planos com otimização dos custos?</p>			
---	--	--	--

	<p>2.1.1.26 Busca informações/comunicado do estado sobre a disponibilidade de recursos e investimentos em saúde?</p> <p>2.1.1.27 Busca apoio ou assessoria do estado diante de qualquer consulta relativa à conduta a ser seguida em relação aos investimentos em saúde?</p> <p>2.1.1.28 A Secretaria Municipal de Saúde estabelece mecanismos de financiamento que incentive a Rede Integrada de serviços de saúde no sistema municipal de saúde?</p>			
2.2	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação para a prestação das contas em saúde?			
2.2.1	<p>Utiliza recursos como:</p> <p>2.2.1.1 Programas de rádio?</p> <p>2.2.1.2 Teatro educativo popular?</p> <p>2.2.1.3 Programas de televisão?</p> <p>2.2.1.4 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.</p> <p>2.2.1.5 Internet?</p> <p>2.2.1.6 Outdoor?</p>			
3.	<p>CAPACIDADE TÉCNICA PARA A GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Possui profissionais devidamente qualificados para o monitoramento e execução financeira na Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>=Possui suficiente capacidade técnica para desenvolver e difundir protocolos escritos que direcionem a utilização eficiente dos recursos.</p>			
3.1	O Gestor Municipal do SUS dispõe de capacidade técnica e autonomia de gestão dos recursos financeiros da saúde?			
3.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>O Gestor Municipal do SUS:</p> <p>3.1.1.1 Dispõe de autonomia e capacidade de gestão destes recursos?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispõe de capacidade técnica para gerir os recursos do Fundo Municipal de Saúde e de outras fontes com liberdade para realocar recursos, desde que seja dentro do mesmo bloco de financiamento, em razão das prioridades e da necessidade de mudanças institucionais? <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Poderia dar um exemplo de realocação de recursos no último ano? <p>3.1.1.2 Tem iniciativa para captar recursos necessários a implementação de determinada política, programa ou</p>			

	projeto nas fontes disponíveis? 3.1.1.3 Busca garantir os recursos necessários para a execução das atividades programadas? 3.1.1.4 Realiza a sistematização da planilha orçamentária correspondente ao conjunto das ações programadas? 3.1.1.5 Realiza o manejo de sistemas de informação? 3.1.1.6 Utilizou os resultados dessa investigação para realizar a alocação de recursos? 3.1.1.7 Busca contribuições e estabelece articulações com outras disciplinas como: Economia e Estatística, no processo de análise?			
--	--	--	--	--

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 13 - PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	DESENVOLVIMENTO E FORTALECIMENTO DA MUNICIPALIZAÇÃO. Padrão: A Secretaria Municipal de Saúde: =Tem decisão política para a implantação e implementação do processo de municipalização e fortalecimento da descentralização. =Dispõe dos instrumentos norteadores da municipalização. =Estabelece critérios para a territorialização do município e promove a sua aplicação. =Desenvolve articulação entre os territórios. =Desenvolve o processo de planejamento e gestão municipal. =Participa da constituição das instâncias de gestão dos sistemas regionais (Colegiado de Gestão Regional - CGR); =Desenvolve estratégias de articulação entre os gestores regionais para o planejamento e programação das ações e serviços =Participa do processo de regionalização em parceria com os gestores municipais =Coordena a organização de rede integrada de serviços de saúde no município/nos territórios/nos distritos. =Estimula os distritos a se envolver na organização de redes de atenção a saúde; =Desenvolve estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços.			
1.1	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de um plano de organização do sistema municipal que fortalece o processo de descentralização e municipalização?			

1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>1.1.1.1 Este plano foi elaborado com a participação dos gestores, gerentes, e profissionais de saúde municipais?</p> <p>1.1.1.2 O processo de elaboração do plano foi articulado à elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI)?</p> <p>1.1.1.3 O processo de elaboração do plano foi articulado à elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI)?</p> <p>1.1.1.4 O plano contempla a redefinição das funções e competências do âmbito central da Secretaria Municipal de Saúde e do âmbito local/distrital/territorial?</p> <p>1.1.1.5 O plano foi discutido e aprovado no Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>1.1.1.6 A Secretaria Municipal de Saúde definiu um grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução da Política de Municipalização?</p> <p>1.1.1.7 A Secretaria Municipal de Saúde produz regularmente relatórios de avaliação de gestão do processo de implementação da Política de Municipalização?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de municipalização? 			
1.2	O plano de organização do sistema contempla a explicitação dos critérios utilizados para a delimitação do território municipal?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo, são critérios:</u></p> <p>1.2.1.1 A distribuição da população no território do município?</p> <p>1.2.1.2 As dinâmicas das redes de transporte e de comunicação entre os distritos e territórios?</p> <p>1.2.1.3 A capacidade instalada e a distribuição da rede de serviços de saúde?</p> <p>1.2.1.4 As facilidades de acesso (fluxos) da população aos serviços de saúde?</p> <p>1.2.1.5 O respeito à identidade cultural, econômica e social dos diversos grupos populacionais identificados no território municipal?</p>			
1.3	A Secretaria Municipal de Saúde coordena a articulação entre os diversos atores envolvidos no processo de planejamento e gestão municipalizada e descentralizada do SUS?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>1.3.1.1 Realiza o planejamento de ações voltadas à organização e funcionamento de Redes Integradas de atenção à saúde no âmbito municipal, juntamente com os CGR?</p> <p>1.3.1.2 Prioriza os investimentos (PDI) para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde com base na avaliação da PPI?</p>			

	<p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza o levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços? • Contempla a definição de problemas e grupos prioritários no processo de Organização de Redes Integradas? • Estabelece os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição de serviços assistenciais de referência? 			
2.	<p>DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>Padrão: O Gestor Municipal: = Participa na elaboração do Plano Diretor de Regionalização do SUS estadual, contemplando a delimitação das macro e microrregiões de saúde de acordo com a distribuição territorial da população e dos serviços de saúde. = Elabora uma proposta de reorientação dos investimentos em infra-estrutura do sistema de saúde, contemplando a alocação de recursos para ampliação e melhoria da capacidade instalada do SUS municipal, em áreas prioritárias, de acordo com o perfil das necessidades de saúde da população.</p>			
2.1	O Gestor Municipal coordena o processo de planejamento a fim de ampliar e adequar a capacidade instalada do SUS municipal?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Gestor Municipal do SUS: 2.1.1.1 Incluiu o debate sobre o processo de Municipalização do sistema de saúde como parte da agenda do Conselho Municipal de Saúde? 2.1.1.2 Incorporou o processo de planejamento, execução e avaliação do plano como parte das macrofunções político-gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde? Em caso afirmativo, este plano contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A descrição da organização do território municipal (áreas de abrangência, distritos sanitários)? • A identificação das prioridades de intervenção em cada módulo assistencial ou território distrital? • A inserção e o papel dos módulos assistenciais, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência? • Os mecanismos de relacionamento interdistrital e intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra-referência e implantação de estratégias de regulação, visando garantir o acesso da população aos serviços? • Uma proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas? • A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros municípios, no caso 			

	<p>de serviços não-disponíveis no território municipal?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uma proposta de redirecionamento dos investimentos em infra-estrutura do sistema, visando atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de Atenção à Saúde? • O cronograma de execução dos investimentos com a especificação das atividades, os responsáveis e os prazos de cumprimento. • Possui Plano de Execução dos Investimentos? <p>Em caso afirmativo, este plano de investimentos contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A alocação de recursos em obras de reforma e ampliação de unidades de saúde? • A alocação de recursos para aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento de unidades de saúde e de serviços de média e alta complexidade? • O estabelecimento de indicadores de acompanhamento e avaliação da execução dos investimentos previstos? • A especificação das fontes dos recursos financeiros que serão alocados? 			
2.2	O Gestor Municipal do SUS participa do processo de monitoramento do processo de regionalização, visando ao ajuste permanente do desenho organizacional do SUS municipal?			
2.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Gestor Municipal de Saúde: 2.2.1.1 Participa do grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução do Plano Diretor de Regionalização? 2.2.1.2 Tem estabelecido os instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados do processo de regionalização, conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização? 2.2.1.3 Produz regularmente relatórios de avaliação do processo de implementação da Política de Municipalização? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estes relatórios são encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde? • A análise dos relatórios de avaliação subsidia o debate acerca dos ajustes necessários ao processo de municipalização? • São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de municipalização? 			
3.	CONSTRUÇÃO DO CONSENSO, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS VOLTADAS PARA O FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.			

	<p>Padrão: O Gestor Municipal do SUS: = Constrói um consenso interno à Gestão Municipal do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de organização e coordenação do sistema municipal de saúde. = Envolve representantes dos diversos atores sociais no processo de elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde, a fim de criar condições para a adequação das propostas de ação a problemas, necessidades e demandas da população do município. = Consolida sua capacidade de coordenação do processo de mudança/adaptação do modelo de atenção à saúde, em parceria com o estado e outros Gestores Municipais do SUS. = Desenvolve os processos de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde a fim de incorporar inovações organizacionais e operacionais no processo de prestação de ações e serviços, coerentemente com o perfil de necessidades e demandas da população.</p>			
3.1	O Gestor Municipal do SUS promove e coordena um processo de construção do consenso, interno e externo à Secretaria Municipal de Saúde, acerca da necessidade de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde?			
3.1.1	<p>Caso afirmativo: O Gestor Municipal do SUS: 3.1.1.1 Estimula a introdução de temas relacionados com o processo de mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no temário das Conferências Municipais de Saúde? 3.1.1.2 Promove espaços para a discussão sobre as necessidades de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no SUS envolvendo representantes do Conselho Municipal e dos Conselhos Locais de saúde e trabalhadores do sistema municipal de saúde? 3.1.1.3 Promove a incorporação da proposta de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no cotidiano da gestão e do planejamento do SUS municipal?</p>			
3.2	O Gestor Municipal fomenta o desenvolvimento organizacional e a introdução de mudanças no modelo de Atenção à Saúde?			
3.2.1	<p>Caso afirmativo: O Gestor Municipal do SUS: 3.2.1.1 Faz a incorporação de métodos e técnicas de geoprocessamento de informações epidemiológicas e sociais no âmbito municipal? 3.2.1.2 Realiza o processo de planejamento ascendente no território do município, a fim de que contemple a adequação/mudança do modelo de atenção ao perfil epidemiológico e social da população? 3.2.1.3 Realiza a implantação de inovações organizacionais no processo de trabalho das equipes de saúde das unidades sob gestão municipal? 3.2.1.4 Desenvolve processos de capacitação e educação permanente das equipes de vigilância em saúde no</p>			

	<p>âmbito municipal?</p> <p>3.2.1.5 Desenvolve a organização de sistemas de referência e contra-referência no âmbito do sistema municipal de saúde?</p> <p>3.2.1.6 Realiza o desenvolvimento de processos de regulação, auditoria, controle e avaliação de serviços de saúde no âmbito municipal?</p> <p>Em caso afirmativo, o Gestor Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faz a implantação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS? • Faz a implantação de centrais de regulação do SUS no âmbito municipal? • Recebe assessoria para a implantação do processo de auditoria e/ou regulação? 			
3.3	A Gestão Municipal do SUS implementa políticas e estratégias de desenvolvimento organizacional na Secretaria Municipal de Saúde para adequá-las ao processo de mudança do modelo de atenção?			
3.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.3.1.1 Tem promovido a redefinição das funções e das competências do nível da Secretaria Municipal de Saúde, levando em conta a municipalização das ações e dos serviços de saúde?</p> <p>3.3.1.2 Tem promovido a capacitação das equipes técnicas da Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de Gestão Municipal do SUS: informação, planejamento, programação, regulação, auditoria, controle e avaliação do SUS municipal?</p> <p>3.3.1.3 Tem facilitado e promovido a realização de parcerias, consultorias e assessorias com a Secretaria de Saúde do Estado ou Ministério da Saúde, bem como outras organizações estaduais ou nacionais visando à elevação da capacidade gerencial da Secretaria Municipal de Saúde?</p>			
3.4	A Gestão Municipal do SUS promove ou coordena o monitoramento do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do município?			
3.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>3.4.1.1 Esse processo está voltado à identificação dos problemas existentes e das dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do município?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode citar as três principais dificuldades para a mudança/adequação do modelo de atenção identificadas no período da atual Gestão Municipal do SUS? <p>3.4.1.2 Esse processo está voltado à identificação das necessidades e estabelece fluxo de referência para outros municípios, no caso de serviços não disponíveis no território municipal?</p>			

	<p>3.4.1.3 O monitoramento e a avaliação dos serviços subsidiam um processo contínuo de ajuste das políticas e das estratégias de mudança do modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS Municipal?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pode citar três medidas adotadas na atual Gestão Municipal do SUS para a superação de dificuldades existentes? 			
3.5	A Gestão Municipal do SUS desenvolve um processo de monitoramento e avaliação das ações descentralizadas de saúde com base na execução do Plano Municipal de Saúde e da Agenda de Saúde/Plano Operativo Anual?			
3.5.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Nesse caso, o processo evidenciou mudanças como:</p> <p>3.5.1.1 Expansão de cobertura das ações básicas de saúde, inclusive da Estratégia Saúde da Família?</p> <p>3.5.1.2 Descentralização das ações de vigilância sanitária?</p> <p>3.5.1.3 Descentralização das ações de vigilância epidemiológica?</p> <p>3.5.1.4 Implementação de ações de vigilância ambiental?</p> <p>3.5.1.5 Desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde?</p> <p>3.5.1.6 Implantação de mecanismos que favorecem o acolhimento dos usuários nas unidades de saúde?</p> <p>3.5.1.7 Implementação de mecanismos de registro eletrônico das informações em saúde, incluindo o Cartão SUS?</p> <p>3.5.1.8 Implementação de ações de educação permanente dos profissionais e dos trabalhadores de saúde?</p> <p>3.5.1.9 Funcionamento e dinâmica do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Locais?</p> <p>3.5.1.10 Organização e expansão de redes assistenciais para atenção a problemas e grupos populacionais prioritários (criança, adolescente, adulto, idoso, mulher e homem)?</p> <p>3.5.1.11 Implementação de ações de assistência farmacêutica, incluindo a farmácia básica e o programa de medicamentos de alto custo?</p> <p>3.5.1.12 Implantação de sistemas de atendimento a urgência e emergência?</p> <p>3.5.1.13 Desenvolvimento do processo de reforma da assistência à saúde mental?</p> <p>3.5.1.14 Expansão das ações de saúde bucal, incluindo ações de promoção da saúde bucal coletiva em escolas e organizações comunitárias?</p> <p>3.5.1.15 Elaboração e execução de ações intersetoriais de promoção da saúde e combate à violência?</p> <p>3.5.1.16 Institucionalização de mecanismos de escuta aos usuários dos serviços, a exemplo de ouvidoria e avaliações periódicas?</p>			
3.6	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza meios de comunicação que favoreçam o processo de descentralização e o fortalecimento do processo de municipalização da saúde?			
3.6.1	Utiliza recursos próprios ou do estado como:			

	3.6.1.1 Programas de rádio? 3.6.1.2 Teatro educativo popular? 3.6.1.3 Programas de televisão? 3.6.1.4 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.? 3.6.1.5 Internet?			
--	---	--	--	--

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 14 - PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Possui Conselho Municipal de Saúde autônomo, com pessoal e orçamento próprios e instalações físicas adequadas. = Desenvolve política de comunicação, informação e educação social que orienta e estimula a participação e o controle social nas políticas de saúde. = Dispõe de um sistema de informação com linguagem acessível que inclui um cadastro de organizações, que trabalham ou que potencialmente possam trabalhar em iniciativas de saúde. = Estabelece a política Municipal de saúde a partir das deliberações dos Conselhos e dos resultados das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde = Avalia periodicamente sua capacidade de fortalecer a participação social em saúde, introduzindo oportunamente as mudanças recomendadas nessas avaliações.			
1.1	A Gestão Municipal do SUS estabelece a política de saúde com base na participação do Conselho Municipal de Saúde e dos resultados das Conferências Municipal, Estadual e Nacional de Saúde?			
1.1.1	Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS: 1.1.1.1 Considera a participação dos cidadãos por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde? Em caso afirmativo, essa participação ocorre: <ul style="list-style-type: none"> • Na definição das políticas prioritárias? • Na definição de políticas com base em problemas e grupos específicos? • Na aprovação das políticas? 1.1.1.2 Homologa, publica, divulga e efetiva as deliberações do Conselho Municipal de Saúde (resoluções,			

	<p>moções e recomendações)?</p> <p>1.1.1.3 Promove a estrutura adequada de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde para exercício de sua função no sistema?</p> <p>Em caso afirmativo, o Conselho Municipal de Saúde funciona com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física adequada, contendo móveis, equipamentos de informática e comunicação social, sala de reunião de conselheiros e acesso aos meios de transporte? • Dotação orçamentária própria? • Secretaria executiva e equipe técnica de apoio ao Conselho Municipal de Saúde? <p>1.1.1.4 Promove a estrutura adequada de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde para exercício de sua função no sistema?</p> <p>1.1.1.5 Subsidiar tecnicamente e estimular a participação social na tomada de decisões e o acompanhamento das estratégias de mudanças do modelo de gestão, de atenção e das práticas nos serviços de saúde?</p> <p>Em caso afirmativo, isso ocorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No âmbito da Conferência Nacional de Saúde? • No âmbito da Conferência Estadual de Saúde? • No âmbito das Conferências Municipais de Saúde? • No âmbito do Conselho Municipal de Saúde? • No âmbito dos Conselhos Locais de Saúde? <p>1.1.1.6 Poderia citar um exemplo de definição de propostas formuladas com a participação da comunidade?</p> <p>1.1.1.7 Dispõe de programas de informação, comunicação e educação para os cidadãos sobre a política de saúde e os direitos e deveres dos usuários?</p> <p>Em caso afirmativo, os programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • São realizados periodicamente? • São veiculados pelos órgãos de comunicação de massa? • Os resultados são avaliados? 			
1.2	A Gestão Municipal do SUS dispõe de pessoal capacitado para estimular a participação social em saúde e qualificar a atuação dos conselheiros de saúde?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Esse pessoal é capacitado em:</p> <p>1.2.1.1 Metodologias que facilitam a participação em grupo?</p> <p>1.2.1.2 Planejamento e coordenação de ações comunitárias em saúde?</p> <p>1.2.1.3 Liderança, trabalho em grupo e manejo de conflitos?</p> <p>1.2.1.4 Estrutura e organização do Sistema Único de Saúde?</p>			

	1.2.1.5 Estratégias e metodologias para qualificação da atuação dos membros do Ministério Público na saúde?			
1.3	A Gestão Municipal do SUS estimula e fomenta a participação social em saúde?			
1.3.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.3.1.1 Dispõe de um cadastro de organizações e lideranças comunitárias? 1.3.1.2 Divulga as experiências bem-sucedidas de participação da comunidade? 1.3.1.3 Destina recursos para o desenvolvimento de iniciativas e projetos de saúde administrados por organizações não-governamentais? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia mencionar a que organizações destinou financiamento no último ano? <p>1.3.1.4 Garante suporte técnico, administrativo e financeiro para realização de encontros, seminários, oficinas e outras reuniões para discutir temas de controle social em saúde no âmbito municipal?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No âmbito regional? <p>1.3.1.5 Auxilia outras organizações a prepararem esses encontros? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar pelo menos um exemplo ocorrido no último ano? <p>1.3.1.6 Garante suporte técnico, administrativo e financeiro para realização de cursos de capacitação de membros do Ministério Público e do Poder Legislativo para qualificação do exercício do controle social em saúde? Em caso afirmativo, esses cursos contemplam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direito à saúde e à cidadania? • Funções e competências das instâncias de controle social do SUS?Estrutura e organização do SUS, políticas e programas de saúde? 			
1.4	A Gestão Municipal do SUS avalia sua capacidade de estimular a participação social em saúde?			
1.4.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 1.4.1.1 Avalia anualmente essa capacidade? 1.4.1.2 Discute o processo de avaliação e os resultados nas instâncias de controle social? 1.4.1.3 Incorpora as mudanças resultantes das avaliações nas estratégias futuras?</p>			
1.5	A Secretaria Municipal de Saúde utiliza de meios de comunicação para o desenvolvimento da “cultura da participação”?			
1.5.1	<p>Utiliza recursos como: 1.5.1.1 Programas de rádio? 1.5.1.2 Teatro educativo popular?</p>			

	1.5.1.3 Programas de televisão? 1.5.1.4 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.			
2.	FORTALECIMENTO DO PODER DOS CIDADÃOS NA TOMADA DE DECISÕES EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Garante a existência de mecanismos para recebimento e resposta permanente de opinião e denúncia em relação a políticas, programas e normas que afetam as condições de saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde. = Garante a existência de mecanismos de consulta pública para auscultar a opinião em relação a políticas, programas e normas que afetam as condições de saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde. = Divulga as instâncias de proteção e de defesa dos direitos de cidadãos, consumidores e usuários do sistema de saúde. = Estimula e orienta o acesso da comunidade às instâncias de proteção e defesa dos direitos dos cidadãos. = Disponibiliza a prestação de contas públicas sobre a situação de saúde da população e da gestão do sistema e dos serviços de saúde, até mesmo quanto ao uso dos recursos.			
2.1	A Gestão Municipal do SUS garante a existência de uma instância formal (ouvidoria) que opera mecanismos permanentes de consulta pública para o recebimento e a resposta de opinião e denúncia da comunidade e do cidadão em assuntos de saúde?			
2.1.1	Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS: 2.1.1.1 Considera as conclusões e as recomendações dessa instância? Em caso afirmativo, essa instância: <ul style="list-style-type: none"> • Possui estrutura própria e autônoma? • Articula-se ao Conselho Municipal de Saúde? • Encaminha suas conclusões e suas recomendações aos órgãos de controle, avaliação, fiscalização e regulação do sistema? 2.1.1.2 Dispõe de mais de uma instância de recepção de opinião e de denúncias da comunidade e do cidadão em relação ao sistema e aos serviços de saúde? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • É um mecanismo formal de consulta pública? • Utiliza-se das informações geradas para fins de mudanças no sistema e/ou nos serviços de saúde? • Disponibiliza o resultado para os setores envolvidos? 2.1.1.3 Garante a existência e a operação de procedimento de resposta à opinião e à denúncia da comunidade			

	e do cidadão? Em caso afirmativo, esses procedimentos existem e operam por meio de: <ul style="list-style-type: none"> • Carta? • Telefone? • E-mail? 			
2.2	Existe articulação da Gestão Municipal do SUS com instituições responsáveis por ações legais e/ou ação pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde?			
2.2.1	Caso afirmativo: A Gestão Municipal do SUS: 2.2.1.1 Divulga e orienta o acesso da população a essas instituições? 2.2.1.2 Possibilita o acesso dessas instituições às informações atualizadas da política de saúde? 2.2.1.3 Estabelece canal de comunicação e parceria interinstitucional no atendimento de demandas, ações e recomendações dessas instituições, visando à melhoria da relação e à garantia dos princípios do SUS? 2.2.1.4 Promove mudanças na política e/ou nos serviços e nas ações de saúde a partir das demandas e dos processos originados pelas instituições de defesa e proteção?			
2.3	O Gestor Municipal do SUS presta contas sobre a situação de saúde da população, da gestão do sistema, dos serviços de saúde e do uso dos recursos financeiros?			
2.3.1	Caso afirmativo: Essa prestação de contas: 2.3.1.1 É realizada no mínimo a cada três meses? 2.3.1.2 É disponibilizada aos meios de comunicação? 2.3.1.3 É debatida no Conselho Municipal de Saúde? 2.3.1.4 É apresentada ao Poder Legislativo Municipal? 2.3.1.5 É incorporada ao Relatório Anual de Gestão Municipal?			

FUNÇÃO FGM/SUS Nº 15 - COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

Nº	EIXOS/INDICADORES	REALIZA?		OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	
1.	COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O MONITORAMENTO, ANÁLISE E AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE. Padrão:			

	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> = Coopera com outros municípios para a garantia da coleta oportuna, da análise e da difusão de informações que apóiem o desenvolvimento e a avaliação de políticas de saúde. = Oferece meios, capacitação e treinamento na coleta, na interpretação e na utilização dos dados para os profissionais do município. = O município apóia e/ou recebe apoio de outros municípios para a elaboração, a publicação e a divulgação de diagnósticos da situação de saúde do município e a disponibilização dessas informações para a comunidade em geral, o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores, o Ministério Público e outros órgãos do governo municipal. 			
1.1	Durante o último ano, a Gestão Municipal do SUS participou de cooperação para o desenvolvimento da coleta e análise de dados?			
1.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.1.1.1 Assessorou outros municípios ou recebeu assessoramento na elaboração e na utilização de instrumentos para a coleta de informação de saúde?</p> <p>1.1.1.2 O município foi comunicado da disponibilidade de assessoria pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) ou o município solicitou o assessoramento da SES e de outros municípios na coleta de informação e na análise dos dados coletados?</p> <p>1.1.1.3 O município promoveu capacitação dos profissionais do município em análise e utilização das informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em cooperação com outros municípios?</p> <p>1.1.1.4 O município promoveu em cooperação com outros municípios capacitação para elaboração do perfil de saúde com base nos dados coletados?</p>			
1.2	Durante o último ano, a Gestão Municipal do SUS elaborou a publicação e fez a divulgação periódica da situação de saúde ao Conselho Municipal de Saúde e a outras organizações sociais e comunitárias locais em cooperação com outros municípios?			
1.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>1.2.1.1 Recebeu orientação da SES na interpretação e na utilização das informações para o monitoramento da situação de saúde?</p> <p>1.2.1.2 Recebeu assessoramento da SES e de outros municípios na publicação de sua situação de saúde?</p> <p>1.2.1.3 Cooperou com outros municípios da microrregional para a apresentação e o debate da situação de saúde ao Conselho Municipal e a outras organizações sociais e comunitárias?</p>			

2.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> = Disponibiliza para outros municípios profissionais com capacidades e habilidades para coordenar as ações de implementação da promoção, educação e comunicação em saúde. = Cooperar com outros municípios com orientações, informações e práticas baseadas em evidências para fortalecer a promoção e a educação em saúde. = Cooperar com infra-estrutura, recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento da promoção e da educação em saúde de outros municípios. 			
2.1	A Gestão Municipal do SUS possui capacidade para cooperar e fortalecer as ações de promoção, educação e comunicação em saúde em outros municípios?			
2.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.1.1.1 Possui e disponibiliza para outros municípios profissionais qualificados para atuar nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde no trabalho? • Educação para a saúde? • Trabalho com grupos? • Marketing social? • Articulação e mobilização dos meios de comunicação de massa? • Técnicas de comunicação? • Criação de materiais educativos para a promoção da saúde adaptados a culturas diversas? <p>2.1.1.2 Comunica a outros municípios ou recebe comunicado quanto a existência de materiais e apoio especializado, bem como sua disponibilidade para assessorar as ações de promoção da saúde?</p> <p>2.1.1.3 Cooperou na preparação de atividades promocionais nos últimos 12 meses?</p>			
2.2	A Gestão Municipal do SUS avalia a capacidade e as necessidades do município para desenvolver ações de promoção, educação e comunicação em saúde?			
2.2.1	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>2.2.1.1 Formulou/elaborou um plano de apoio ao desenvolvimento da capacidade técnica operacional necessária ao município ou utilizou um plano do estado?</p> <p>2.2.1.2 Promoveu a avaliação dos resultados do plano e programou ações com base nos resultados da avaliação?</p>			

	<p>2.2.1.3 Busca cooperação para o acesso às instalações e equipamentos do estado e de outros municípios que permitam apoiar na produção de materiais educativos? Em caso afirmativo, município dispõe de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assessoria e recursos gráficos? • Capacitação para uso desses instrumentos? <p>2.2.1.4 Articula com outros atores sociais com capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poderia citar exemplos de ações coordenadas com esses atores sociais durante o último ano? 			
2.3	A Secretaria Municipal de Saúde busca cooperação dos municípios da microrregião para a utilização de meios de comunicação que favoreçam o impacto e a acessibilidade às ações de promoção e educação em saúde?			
2.3.1	<p>Utiliza recursos como:</p> <p>2.3.1.1 Programas de rádio?</p> <p>2.3.1.2 Teatro educativo popular?</p> <p>2.3.1.3 Programas de televisão?</p> <p>2.3.1.4 Videoconferência?</p> <p>2.3.1.5 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.</p>			
3.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL NO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE, NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E NO CONTROLE DE DOENÇAS/AGRAVOS, RISCOS E DANOS À SAÚDE.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Coopera com outros municípios na identificação e na análise das ameaças à saúde. =Coopera na elaboração de manuais, protocolos, normas e consultas referentes à saúde do trabalhador, à vigilância sanitária e à ambiental e métodos epidemiológicos requeridos. =Disponibiliza para outros municípios informações sobre as melhores práticas em saúde pública, incluindo as últimas descobertas de pesquisas relacionadas com as ações mais efetivas de prevenção e controle de riscos, doenças e agravos. =Coopera para uma concepção mais ampla de vigilância com a inclusão de fatores de riscos presentes no ambiente, nas condições de trabalho e nos estilos de vida. =Coopera na utilização das informações contidas nos bancos de dados locais para planejamento e execução das ações locais de vigilância em saúde.</p>			
3.1.	A Gestão Municipal do SUS coopera para o desenvolvimento da capacidade de vigilância à saúde junto a outros municípios?			
3.1.1	<u>Caso afirmativo:</u>			

	<p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>3.1.1.1 Faz um levantamento das necessidades de pessoal especializado, capacitação, equipamento, entre outras necessidades para a vigilância em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza esse levantamento para definir prioridades, capacitação e investimento nos sistemas de vigilância em saúde? <p>3.1.1.2 Disponibiliza informes sobre as formas de acessar a rede de laboratórios de saúde pública?</p> <p>3.1.1.3 Cooperar na capacitação incorporando o conceito de vigilância em saúde com ações na área de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador?</p> <p>3.1.1.4 Define o trabalho da equipe responsável pelos sistemas de vigilância em saúde no tocante à comunicação com os distritos?</p> <p>3.1.1.5 Define padrões simples e efetivos para a comunicação entre os níveis de complexidade dos sistemas de vigilância em saúde e entre os demais municípios?</p> <p>3.1.1.6 Cooperar na produção de informes sobre o estado atual das doenças e os riscos à saúde sob vigilância permanente no estado e divulga informações rotineiramente sobre o estado atual das doenças e os riscos à saúde sob vigilância permanente?</p> <p>3.1.1.7 Disponibiliza informações sobre as “boas práticas” e novas técnicas no controle de riscos e agravos à saúde e as difunde rotineiramente?</p> <p>3.1.1.8 Produz em cooperação com outros municípios guias orientando o desenvolvimento de planos para enfrentar emergências de saúde pública?</p> <p>3.1.1.9 Elabora em cooperação com outros municípios informes periódicos e regulares sobre as tendências e os níveis de segurança no comportamento dos riscos, doenças e agravos à saúde sob vigilância permanente no território?</p>			
4.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL NAS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA E NA PROTEÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GRUPOS COM RISCOS E NECESSIDADES ESPECIAIS.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>=Coopera na identificação dos surtos e emergências em saúde pública nos municípios da microrregião.</p> <p>=Busca apoio ou cooperação técnica com outros municípios para responder localmente e de forma oportuna e autônoma as situações de emergência em saúde pública.</p> <p>=Coopera com a divulgação de informações sobre as melhores práticas em Saúde Pública, incluindo as últimas descobertas de pesquisas relacionadas com as ações mais efetivas de prevenção e controle de enfermidades e na redução do impacto das situações de surtos e emergências em saúde pública.</p>			

4.1	A Gestão Municipal do SUS coopera para o desenvolvimento da capacidade de redução do impacto nas situações de emergências em saúde pública?			
4.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>4.1.1.1 Busca apoio diante de qualquer conduta relativa às emergências em saúde pública?</p> <p>4.1.1.2 Busca informações/comunicado do estado sobre a disponibilidade de peritos do nível central, os quais estão em condições de enfrentar emergências de saúde pública?</p> <p>4.1.1.3 Cooperar na definição de padrões simples e efetivos para a comunicação entre os níveis de complexidade dos sistemas de vigilância e atenção às situações de emergência?</p> <p>4.1.1.4 Divulga informações rotineiramente sobre o estado atual das doenças e dos riscos à saúde sob vigilância permanente no município?</p> <p>4.1.1.5 Cooperar na divulgação de informações sobre as “boas práticas” e novas técnicas no controle de riscos, doenças e agravos à saúde e as difunde rotineiramente?</p> <p>4.1.1.6 Participa da elaboração e distribuição de guias orientando o desenvolvimento de planos para enfrentar emergências de saúde pública nos municípios?</p> <p>4.1.1.7 Participa da elaboração e distribuição de informes periódicos e regulares sobre as tendências e os níveis de segurança no comportamento de doenças e situações de emergências em saúde pública sob vigilância permanente nos municípios?</p>			
5.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A PROMOÇÃO E GARANTIA DO ACESSO UNIVERSAL E EQUITATIVO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE QUALIDADE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> = Cooperar na identificação de necessidades de acesso das pessoas que encontram barreiras para satisfazer às suas necessidades de saúde e as características da oferta de serviços. = Cria e divulga mensagens públicas destinadas a informar aos residentes dos municípios sobre a disponibilidade dos serviços de saúde. = Contribui na gestão, na organização, e na regulação ao acesso no sistema municipal de saúde no sentido de garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. = Colabora na implementação de programas complementares que permitem atrair os grupos com riscos e necessidades especiais de saúde aos serviços. = Busca cooperação e apoio técnico junto a outros municípios da microrregião para a ampliação da oferta de serviços de saúde. 			
5.1	A Gestão Municipal do SUS coopera na gestão, na organização, e na regulação do acesso ao sistema municipal de saúde para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde?			

5.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS coopera ou busca cooperação de outros municípios: 5.1.1.1 Na elaboração e na implementação da Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde? Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca cooperação para exercer o controle sobre os prestadores públicos e/ou privados na prestação de serviços a sua população? • Busca cooperação para criar e veicular mensagens informando o público sobre a disponibilidade de serviços? <p>5.1.1.2 Na identificação das necessidades não atendidas? 5.1.1.3 Na identificação de barreiras para a população acessar os serviços de saúde? 5.1.1.4 No desenvolvimento de estratégias para eliminar ou reduzir essas barreiras? 5.1.1.5 Técnica e financeiramente na ampliação da oferta de serviços de saúde?</p>			
5.2	A Gestão Municipal do SUS coopera com outros municípios na avaliação da capacidade de resposta do sistema de vigilância diante de cada emergência de saúde enfrentada?			
5.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 5.2.1.1 Comunica os resultados dessa avaliação a todos os que a compõem e adota medidas corretivas? 5.2.1.2 Supervisiona o cumprimento das medidas corretivas para melhoria da capacidade de resposta?</p>			
6.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Coopera na coleta e análise de dados relacionados à qualidade de atenção, incluindo dados sobre estrutura, processos e resultados dos serviços prestados pela Atenção Básica nos municípios. =Disponibiliza instrumentos de avaliação tecnológica em saúde e práticas baseadas em evidência no âmbito dos serviços de saúde. = Coopera na avaliação do desempenho do sistema de saúde municipal, seguindo os critérios de funcionamento recomendados pelas provas científicas disponíveis.</p>			
6.1	A Gestão Municipal do SUS coopera tecnicamente, junto a outros municípios, na coleta e na análise de dados relacionados à qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica?			
6.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Os dados de interesse incluem: 6.1.1.1 Estrutura organizacional, de infra-estrutura e de recursos humanos da Atenção Básica? 6.1.1.2 Procedimentos e práticas da Atenção Básica?</p>			

	6.1.1.3 Resultados da ação dos serviços prestados pela Atenção Básica?			
6.2	A Gestão Municipal do SUS coopera com outros municípios no desenvolvimento da coleta e da análise de dados relacionados à qualidade dos serviços de saúde de média e alta complexidade?			
6.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> Os dados de interesse incluem: 6.2.1.1 Estrutura organizacional e capacidade instalada? 6.2.1.2 Procedimentos e práticas? 6.2.1.3 Resultados da ação dos serviços prestados?			
6.3	A Gestão Municipal do SUS estabelece cooperação intermunicipal na utilização de instrumentos para a avaliação de tecnologias?			
6.3.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 6.3.1.1 Busca cooperação técnica na avaliação tecnológica? Em caso afirmativo, essa cooperação engloba: <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde da Atenção Básica? • Serviços de saúde de média e alta complexidade? 			
6.4	A Gestão Municipal do SUS coopera para a avaliação da qualidade da rede municipal de serviços de saúde?			
6.4.1	<u>Caso afirmativo:</u> Esse processo inclui padrões e parâmetros para avaliar: 6.4.1.1 A oferta de acordo com o perfil epidemiológico? 6.4.1.2 O desenho da rede? 6.4.1.3 O fluxo de usuários? 6.4.1.4 A integralidade da atenção? 6.4.1.5 A qualidade da atenção prestada? 6.4.1.6 Os serviços em redes integradas?			
7.	COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A REORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE. Padrão: O Gestor Municipal do SUS: = Cooperar com o desenvolvimento da análise crítica do modelo de Atenção à Saúde vigente nos municípios, subsidiando a identificação de seus problemas e limitações e a formulação de propostas políticas e estratégias de mudança que contemplem a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização da atenção.			

	= Coopera com o desenvolvimento dos processos de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde a fim de incorporar inovações organizacionais e operacionais no processo de prestação de ações e serviços, coerentemente com o perfil de necessidades e demandas da população dos municípios.			
7.1	O Gestor Municipal do SUS estimula outros gestores municipais a participarem de eventos destinados à construção do consenso e ao debate de alternativas em torno das mudanças do modelo de Atenção à Saúde?			
7.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Gestor Municipal do SUS: 7.1.1.1 Estimula a introdução de temas relacionados com o processo de mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no temário das Conferências Municipais de Saúde? 7.1.1.2 Promove, em cooperação com outros municípios, encontros e seminários sobre a mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde, envolvendo profissionais e trabalhadores dos sistemas municipais e microrregionais de saúde? 7.1.1.3 Realiza encontros e seminários sobre modelo de atenção, envolvendo representantes dos Conselhos Municipais e locais de saúde. Em caso afirmativo, o Gestor Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza textos e manuais que subsidiam o debate sobre a mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no âmbito municipal, microrregional e macrorregional? • Colabora na difusão de experiências inovadoras de mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no âmbito municipal e regional? 			
7.2	O Gestor Municipal coopera com outros municípios para o desenvolvimento organizacional e a introdução de mudanças no modelo de Atenção à Saúde?			
7.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> O Gestor Municipal do SUS: 7.2.1.1 Cooperar com os municípios para a incorporação de métodos e técnicas de geoprocessamento de informações epidemiológicas e sociais no âmbito municipal? 7.2.1.2 Cooperar no processo de planejamento ascendente nos territórios dos municípios da macrorregião, a fim de que contemple a adequação/mudança do modelo de atenção ao perfil epidemiológico e social da população? 7.2.1.3 Cooperar na implantação de inovações organizacionais no processo de trabalho das equipes de saúde das unidades sob gestão municipal? 7.2.1.4 Cooperar no desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente das equipes de vigilância em saúde no âmbito municipal? 7.2.1.5 Cooperar na organização de sistemas de referência e contra-referência no âmbito dos sistemas municipais e microrregionais de saúde?</p>			

	<p>7.2.1.6 Coopera com os municípios no desenvolvimento de processos de regulação, auditoria, controle e avaliação de serviços de saúde?</p> <p>Em caso afirmativo, o Gestor Municipal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coopera com outros municípios no processo de implantação do sistema municipal de auditoria do SUS? • Coopera na implantação de centrais de regulação do SUS no âmbito municipal? 			
8.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A CRIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>=Coopera com outros municípios para a criação e organização de redes integradas de serviços de saúde.</p> <p>=Estimula os municípios a se envolverem na organização de redes de atenção a saúde.</p> <p>=Coopera com outros municípios no monitoramento e avaliação dos serviços para a consolidação das Redes Integradas.</p>			
8.1	A Secretaria Municipal de Saúde coopera com outros municípios na criação e organização de Redes Integradas de serviços de saúde?			
8.1.1	<p>Caso afirmativo:</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>8.1.1.1 Realiza seminários/oficinas junto a outros municípios ou participa de oficinas regionais envolvendo os diversos atores institucionais no âmbito municipal com o objetivo de promover a organização das Redes Integradas de serviços de saúde?</p> <p>8.1.1.2 Cooperar com outros municípios para o planejamento de ações voltadas à organização e funcionamento de redes integradas de atenção à saúde no âmbito da micro ou macrorregião?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cooperar no levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços dos municípios da micro ou macrorregião? • Participar da definição de problemas e grupos prioritários no processo de organização de Redes Integradas? • Estabelece junto com os outros municípios os fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição de serviços assistenciais de referência na macrorregião? <p>8.1.1.3 A Secretaria Municipal de Saúde junto ao Colegiado de Gestão Regional promovem a identificação das necessidades e estabelece fluxo de referência para outros municípios, no caso de serviços não disponíveis no território municipal?</p> <p>8.1.1.4 Promove, em cooperação com outros municípios da regional, o monitoramento e avaliação periódica</p>			

	do acesso, cobertura, qualidade e efetividade da rede de serviços de saúde identificando os problemas existentes e as dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação das redes integradas?			
9.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS, PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DO SUS.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde:</p> <p>= Estabelece cooperação com outros municípios no desenvolvimento das políticas e do planejamento e na gestão das ações de saúde.</p> <p>= Desenvolve processos de planejamento integrados com outras iniciativas locais e comunitárias que tenham impacto na saúde da população.</p> <p>= Participa das reuniões de colegiado de gestão o que possibilita a troca de experiências e a comunicação entre os gestores municipais, assegurando o funcionamento permanente dos órgãos colegiados de gestão.</p> <p>= Formaliza parcerias com instituições de formação de recursos humanos para melhorar a capacidade de gestão dos municípios da macrorregião.</p>			
9.1	A Secretaria Municipal de Saúde junto com outros municípios estabelece cooperação para o desenvolvimento de políticas, o planejamento e a gestão da saúde?			
9.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>Essa cooperação inclui:</p> <p>9.1.1.1 Treinamento em métodos efetivos de planejamento em saúde?</p> <p>9.1.1.2 Treinamento em métodos para a definição de políticas de saúde?</p> <p>9.1.1.3 Treinamento em métodos que busquem garantir a continuidade no desenvolvimento de políticas, o planejamento e a gestão do sistema público de saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de programas de treinamento para melhorar a capacidade institucional da gestão municipal? • Oferece treinamento em serviço para o planejamento e a gestão do SUS? • Formaliza parcerias com as instituições formadoras de recursos humanos e outras organizações dos municípios da macro e que ofereçam capacitação para melhorar a capacidade institucional de gestão e planejamento municipal? • Dispõe de um programa de educação permanente para apoiar a gestão municipal do SUS? <p>9.1.1.4 Estímulo à utilização de estratégias efetivas de identificação de problemas e sua priorização?</p> <p>9.1.1.5 Recursos humanos e financeiros para as atividades de planejamento estratégico?</p> <p>9.1.1.6 Cooperação para o enfrentamento dos problemas priorizados?</p> <p>9.1.1.7 Estímulo à integração do planejamento municipal da saúde com as iniciativas locais de outros setores?</p>			

	9.1.1.8 Fortalecimento dos processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS? 9.1.1.9 Cooperação contínua com pessoal especializado e recursos tecnológicos para a melhoria da gestão municipal?			
9.2	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de instrumentos e mecanismos para detectar de forma rápida e precisa as necessidades de melhoria da gestão municipal?			
9.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> Esses instrumentos e mecanismos favorecem: 9.2.1.1 A detecção de deficiências nas capacidades de gestão? 9.2.1.2 A resposta rápida diante de deficiências relevantes?			
10.	COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DO SUS E GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Padrão: A Secretaria Municipal de Saúde: = Coopera com outros municípios no desenvolvimento da gestão do sistema e da gerência das ações de saúde. = Participa das reuniões de colegiado de gestão microrregional o que possibilita a troca de experiências e a comunicação entre os Gestores Municipais, assegurando o funcionamento permanente dos órgãos colegiados de gestão. = Formaliza parcerias com instituições de formação de recursos humanos nos municípios para melhorar a capacidade de gestão municipal. = Busca orientação e apoio para o melhor cumprimento das leis e das normas vigentes. = Cooperar com a capacitação nos municípios quanto à gestão do sistema e gerência de serviços de saúde. = Busca apoio e assistência técnica em operações de compras, aquisição e controle de materiais. = Compartilha melhorias com outros municípios com base nos resultados dessas avaliações.			
10.1	A Secretaria Municipal de Saúde desenvolve cooperação junto às Instituições de Ensino Superior (IES) e outros municípios para o desenvolvimento da gestão da saúde e gerência das ações e serviços?			
10.1.1	<u>Caso afirmativo:</u> Essa cooperação inclui: 10.1.1.1 Treinamento em métodos que busquem garantir a continuidade no desenvolvimento da gestão do sistema público de saúde? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de programas de treinamento para melhorar a capacidade institucional da gestão municipal e gerência de serviços? • Oferece treinamento em serviço para a gestão do SUS e gerência dos serviços de saúde? 			

	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliza parcerias com as instituições formadoras de recursos humanos e outras organizações que ofereçam capacitação para melhorar a capacidade institucional de gestão municipal e gerência de serviços? • Dispõe de um programa de educação permanente para apoiar a gestão municipal do SUS? <p>10.1.1.2 Estímulo à utilização de estratégias efetivas de identificação de problemas e sua priorização?</p> <p>10.1.1.3 Recursos humanos e financeiros para as suas atividades de gestão e gerência?</p> <p>10.1.1.4 Cooperação para o enfrentamento dos problemas priorizados?</p> <p>10.1.1.5 Estímulo à integração do planejamento municipal da saúde com as iniciativas locais de outros setores e de outros municípios?</p> <p>10.1.1.6 Fortalecimento dos processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS?</p> <p>10.1.1.7 Assessoria contínua com pessoal especializado e recursos tecnológicos para a melhoria da gestão municipal?</p>			
10.2	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe para outros municípios instrumentos e mecanismos para detectar de forma rápida e precisa as necessidades de melhoria da gestão municipal?			
10.2.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Esses instrumentos e mecanismos favorecem:</p> <p>10.2.1.1 A detecção de deficiências nas capacidades de gestão?</p> <p>10.2.1.2 A resposta rápida diante de deficiências relevantes?</p> <p>10.2.1.3 Poderia mencionar um exemplo específico desses mecanismos que tenham sido implementados nos últimos 12 meses?</p>			
11.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL E COM AS ESFERAS ESTADUAIS E FEDERAL E AGÊNCIAS INTERNACIONAIS.</p> <p>Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Dispõe de capacidade e experiência necessárias para negociar com outras secretarias municipais e no estado, com outros estados, com a União e com agências de cooperação internacional. = Dispõe de capacidade e experiência necessárias, para elaboração e implementação de projetos e programas de curto, médio e longo prazo. = Dispõe de informação sobre as necessidades e as alternativas de cooperação e tem uma atitude proativa em relação aos projetos de cooperação. = Está em condições de desenvolver programas de cooperação que possam ser avaliados sistematicamente em conjunto com suas partes, outros municípios.</p>			
11.1	A Gestão Municipal do SUS possui recursos e capacidade para conduzir, negociar e realizar processos de			

	cooperação na área de saúde?			
11.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>11.1.1.1 Dispõe de recursos humanos, financeiros e tecnologia necessária para buscar oportunidades de cooperação, permitindo atender melhor às prioridades intermunicipais de saúde?</p> <p>11.1.1.2 Tem conhecimento das políticas, das prioridades, das condições e dos requisitos que os diferentes organismos de cooperação internacional possuem para a alocação de recursos?</p> <p>11.1.1.3 Dispõe da capacidade necessária para o desenvolvimento de projetos de cooperação com outras secretarias municipais, no estado, com outros estados e com a União?</p> <p>Em caso afirmativo, a Secretaria Municipal de Saúde é proativa e coordena o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de amplos programas de cooperação com o Ministério da Saúde e com outras instituições municipais, estaduais e/ou nacionais? • Desenvolvimento específico de projetos de cooperação de curto prazo? • Desenvolvimento de projetos de cooperação com outros municípios e com o Conasems? <p>11.1.1.4 Realiza a avaliação sistemática de todo projeto de cooperação com os seus parceiros?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispõe de profissionais em todos os níveis do sistema público de saúde capazes de participar dessa avaliação? 			
12.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A CRIAÇÃO DE LEIS E NORMAS DE REGULAÇÃO, CONTROLE, AUDITORIA E FISCALIZAÇÃO.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>= Cooperar junto a outros municípios para o melhor cumprimento das leis e das normas vigentes.</p> <p>=Elabora e disponibiliza protocolos e respostas sobre consultas, assessoria e capacitação quanto aos melhores procedimentos e práticas de regulação, auditoria, controle e fiscalização.</p> <p>=Coopera nas operações de regulação, controle, auditoria e fiscalização de maior dificuldade ou complexidade.</p> <p>=Coopera nos serviços de regulação, controle, auditoria e fiscalização.</p> <p>=Coopera com outros municípios no processo de avaliação.</p>			
12.1	A Autoridade Sanitária Municipal coopera para a regulamentação da saúde nos municípios?			
12.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Autoridade Sanitária Municipal:</p> <p>12.1.1.1 Assessora na elaboração e/ou na atualização do Código Sanitário Municipal?</p> <p>12.1.1.2 Assessora na elaboração de leis e outras normas para regulamentação do sistema municipal de</p>			

	saúde? 12.1.1.3 Coopera com capacitações em processos de regulamentação? 12.1.1.4 Coopera na disponibilização de pessoal especializado para o desenvolvimento dessas normas?			
12.2	A Autoridade Sanitária Municipal coopera com os municípios nas questões de regulação, controle, auditoria e fiscalização em saúde no âmbito de sua competência?			
12.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Autoridade Sanitária Municipal: 12.2.1.1 Disponibiliza aos municípios protocolos que relacionam boas práticas de regulação, controle, auditoria e fiscalização? 12.2.1.2 Coopera na implementação de ações e procedimentos de regulação, controle, auditoria e fiscalização? 12.2.1.3 Coopera com os municípios no treinamento em procedimentos de regulação, controle, auditoria e fiscalização? 12.2.1.4 Disponibiliza para outros municípios pessoal especializado para enfrentar operações de regulação, controle, auditoria e fiscalização complexas? 12.2.1.5 A Secretaria Municipal de Saúde faz avaliação periódica da cooperação técnica desenvolvida para apoiar as ações de regulação, controle, auditoria e fiscalização de leis e normas de saúde? Em caso afirmativo: <ul style="list-style-type: none"> • Busca aperfeiçoar, alterar ou implementar as ações de assessoria técnica com base nos resultados dessas avaliações? 			
13.	COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS/PESSOAS PARA O SUS. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Coopera na elaboração de um diagnóstico e uma avaliação dos Recursos Humanos na esfera municipal de saúde. = Utiliza e disponibiliza para outros municípios mecanismos e orientações para reduzir as insuficiências em matéria de qualidade e de quantidade necessária de pessoal nos municípios. = Desenvolve e disponibiliza aos municípios programas de formação, pós-graduação e educação permanente para os Recursos Humanos em saúde em todos os níveis, incluindo a capacitação no manejo da diversidade e o aperfeiçoamento das habilidades de gerência. = Promove a vinculação entre os trabalhadores de saúde dos diferentes níveis com as instituições formadoras nacionais e internacionais para garantir a variedade e a atualidade dos programas de formação, pós-graduação e educação permanente em saúde.			

13.1	A Gestão Municipal do SUS desenvolve cooperação intermunicipal no desenvolvimento dos Recursos Humanos?			
13.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>13.1.1.1 Cooperar com outros municípios na identificação e na correção das insuficiências na avaliação da quantidade e do perfil da força de trabalho?</p> <p>13.1.1.2 Promover a incorporação de trabalhadores pertencentes a grupos socioculturais alvos da atenção às equipes de saúde?</p> <p>13.1.1.3 Assegurar a existência de programas de educação permanente em saúde para os municípios?</p> <p>13.1.1.4 Cooperar com os municípios no processo de regularização dos vínculos empregatícios da força de trabalho?</p> <p>13.1.1.5 Cooperar na realização de concursos públicos e na elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?</p>			
14.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O FINANCIAMENTO EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: =Cooperar com os municípios na identificação e na análise da situação financeira da saúde. =Elabora e disponibiliza aos municípios manuais, protocolos, normas e consultas referentes ao financiamento em saúde e à gestão dos recursos financeiros. =Compartilha com os municípios informações sobre as melhores práticas para a otimização dos recursos financeiros. =Cooperar na utilização das informações contidas nos bancos de dados locais para planejamento e execução das ações.</p>			
14.1	A Gestão Municipal do SUS coopera junto a outros municípios para o desenvolvimento do financiamento em saúde e utilização dos recursos financeiros?			
14.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>14.1.1.1 Faz um levantamento, com os municípios, das necessidades de pessoal, capacitação, equipamento, entre outras necessidades para o financiamento em saúde?</p> <p>Em caso afirmativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza esse levantamento para definir prioridades, capacitação e volume de investimento? <p>14.1.1.2 Informa aos municípios sobre a forma de disponibilidade de recursos e investimentos em saúde?</p> <p>14.1.1.3 Cooperar com informações sobre a conduta a ser seguida em relação aos investimentos em saúde?</p> <p>14.1.1.4 Informa sobre a disponibilidade de recursos financeiros a serem repassados aos municípios e divulga</p>			

	<p>informações?</p> <p>14.1.1.5 Produz e distribui guias nos municípios orientando o desenvolvimento de planos com otimização dos custos?</p> <p>14.1.1.6 Elabora e distribui informes periódicos regulares sobre as tendências, as fontes e o volume de recursos financeiros disponíveis pelas secretarias municipais de saúde?</p>			
15.	<p>COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA A PESQUISA, INOVAÇÃO E AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE.</p> <p>Padrão:</p> <p>A Gestão Municipal do SUS:</p> <p>= Cooperar com outros municípios nas iniciativas de Pesquisas em Saúde, com base na agenda municipal de Pesquisa em Saúde.</p> <p>= Estabelece cooperação com instituições acadêmicas em outros municípios, para o desenvolvimento de pesquisas em saúde.</p> <p>= Estabelece rede de divulgação nos municípios sobre os resultados de pesquisas, inovações e novas práticas de saúde.</p> <p>= Cooperar com outros municípios, através de parcerias entre as instituições acadêmicas, na formação de recursos humanos em investigação em saúde, criando oportunidades aos trabalhadores do SUS de se profissionalizarem, especialmente em pesquisa operacional.</p> <p>= Cooperar com os municípios na disponibilização de instrumentos de avaliação tecnológica em saúde e práticas baseadas em evidência no âmbito dos serviços de saúde.</p>			
15.1	A Gestão Municipal do SUS estabelece cooperação intermunicipal e com instituições acadêmicas, no desenvolvimento de pesquisa operacional em saúde?			
15.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u></p> <p>A Gestão Municipal do SUS;</p> <p>15.1.1.1 Estabelece cooperação com instituições acadêmicas dos municípios e da regional que financiam Pesquisa em Saúde?</p> <p>15.1.1.2 Cooperar com os municípios na realização de investigações sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surto epidêmico? • Fatores de risco para enfermidades crônicas? • Avaliação de efetividade de intervenções coletivas em saúde? • Organização de serviços de saúde? • Pesquisa em gestão de sistemas locais? • Problemas de saúde relevantes para o município ou microrregião? 			

15.2	A Gestão Municipal do SUS coopera com outros municípios da região na análise, na interpretação adequada e na divulgação dos resultados das pesquisas?			
15.2.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 15.2.1.1 Participa e realiza junto com os municípios encontros, seminários, conferências e oficinas com a finalidade de analisar e discutir os resultados das pesquisas? 15.2.1.2 Cooperar no planejamento e na execução de intervenções baseadas nos resultados da investigação em saúde dos municípios? 15.2.1.3 Cooperar na divulgação dos resultados das pesquisas e novas práticas para enfrentar os problemas de saúde nos municípios e na região?			
15.3	A Gestão Municipal do SUS coopera com outros municípios, através de parcerias entre as instituições acadêmicas, na formação de recursos humanos em investigação em saúde?			
15.3.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 15.3.1.1 Estimula a participação de profissionais dos municípios em projetos de pesquisa? Em caso afirmativo, esses profissionais participam na: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de projetos de pesquisa? • Coleta de informação? • Análise dos resultados? 			
15.4	A Gestão Municipal do SUS coopera com os municípios na utilização de instrumentos para a avaliação de tecnologias?			
15.4.1	<u>Caso afirmativo:</u> A Gestão Municipal do SUS: 15.4.1.1 Cooperar com a avaliação tecnológica? Em caso afirmativo, essa cooperação engloba: <ul style="list-style-type: none"> • Serviços de saúde da Atenção Básica? • Serviços de saúde de média e alta complexidade? 			
16.	COOPERAÇÃO INTERMUNICIPAL PARA O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE. Padrão: A Gestão Municipal do SUS: = Estabelece cooperação intermunicipal para o desenvolvimento e o fortalecimento das conferências, do conselho municipal de saúde, dos conselhos locais e de outros mecanismos de participação social.			

	<p>= Estabelece cooperação intermunicipal na formação e na capacitação dos conselheiros e de outras lideranças da saúde.</p> <p>= Estimula outros gestores municipais no estabelecimento de relações produtivas com o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público, o Legislativo Municipal e com outras formas de organização de controle social e participação da comunidade.</p> <p>= Cooperar na identificação, no fomento e na capacitação de iniciativas populares em saúde nos municípios da regional.</p> <p>= Cooperar para o desenvolvimento das instâncias de controle social e das habilidades para a participação social e no emprego de recursos especializados nos municípios.</p> <p>= Incentiva a formação de conselhos gestores locais e de conselhos locais de saúde.</p>			
16.1	A Gestão Municipal do SUS estabelece cooperação intermunicipal para o desenvolvimento e o fortalecimento de mecanismos de participação e controle social?			
16.1.1	<p><u>Caso afirmativo:</u> Essa cooperação e apoio incluem:</p> <p>16.1.1.1 Desenvolvimento e fortalecimento das Conferências e do Conselho Municipal de Saúde?</p> <p>16.1.1.2 Formação e capacitação dos conselheiros municipais de saúde e de outras lideranças locais da saúde?</p> <p>16.1.1.3 Desenvolvimento de mecanismos permanentes de articulação entre o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Legislativo Municipal?</p> <p>16.1.1.4 Implantação ou implementação de instâncias formais de consulta de opinião e denúncia em saúde, no âmbito da gestão municipal?</p> <p>16.1.1.5 Implantação de normas, rotinas e fluxos para processar a recepção e a resposta às denúncias e às solicitações dos cidadãos?</p> <p>16.1.1.6 Elaboração e disponibilização de instrumentos e mecanismos para realização de prestação de contas?</p> <p>16.1.1.7 Mecanismos e técnicas de negociação para trabalhar e resolver conflitos na relação entre gestão pública e comunidade?</p> <p>16.1.1.8 Estabelecimento de mecanismos para o fornecimento permanente de informações em saúde?</p> <p>16.1.1.9 Identificação, fomento e capacitação de iniciativas populares em saúde?</p> <p>16.1.1.10 Desenvolvimento das instâncias de controle social e das habilidades para a participação social?</p> <p>16.1.1.11 Organização e formação de conselhos gestores locais e de conselhos locais de saúde através das unidades de saúde?</p>			

APÊNDICE G - LISTA DE ESPECIALISTAS* PARTICIPANTES DO PROCESSO PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO PRELIMINAR FGM/SUS

1. Adriana de Magalhães Dourado. Cirurgiã-dentista. Especialista em Vigilância Epidemiológica/ Residência em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde Coletiva. Fiscal de Controle Sanitário.
2. Alcione Brasileiro Oliveira Cunha. Assistente Social. Doutora em Saúde Pública. Professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva - UFBA do Programa Integrado de Planificação, Gestão e Avaliação em Saúde.
3. Ana Luíza Queiroz Vilasbôas. Médica. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
4. André Luís Bonifácio de Carvalho. Fisioterapeuta. Mestre em Ciência da Informação. Professor Assistente da Universidade Federal da Paraíba do Departamento de Promoção da Saúde. Atualmente ocupa cargo de direção no Ministério da Saúde.
5. Antônia Maria Britto de Jesus. Médica Veterinária. Especialista em Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Gestão em Sistemas Locais de Saúde. Coordenadora de Saúde Ambiental.
6. Fátima Ticianel Schrader. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Atualmente é Técnica de Nível Superior da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Profissional de Nível Superior da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e Contrato de Serviço do CONASS.
7. Gonzalo Vecina Neto. Médico. Mestre em Administração de Empresas. Atualmente é superintendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês. Professor Assistente da Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP. Exerceu a função de diretor-presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
8. Isabela Cardoso de Matos Pinto. Graduada em Serviço Social. Doutora em Administração. Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
9. Leni Dias Weigelt. Enfermeira. Doutora em Desenvolvimento Regional. Professora Adjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul.
10. Lorene Louise Silva Pinto. Médica. Doutora em Medicina e Saúde. Superintendente de Vigilância e Proteção da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.
11. Luiz Eugênio Portela Fernandes de Souza. Médico. Doutor em Saúde Pública. Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia. Exerceu a função de secretário municipal da saúde de Salvador (2005-2007) e foi Diretor do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (2008-2009).
12. Marcelo Nunes Dourado Rocha. Odontólogo. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).
13. Marco Aurélio Bertúlio. Engenheiro Sanitário. Mestre em Saúde e Ambiente. Professor Assistente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e Engenheiro Sanitarista da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.
14. Maria Lucia Carnellosso. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Técnica do Departamento de Medicina e Docente na Disciplina de Gestão em Saúde. Professora de

Gestão em Saúde do Curso de Medicina da PUC-Goiás. Assessora de Gabinete do Secretário de Estado da Saúde- Governo do Estado de Goiás.

15. Marluce Maria Araújo Assis. Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Pró-reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.
16. Renilson Rehem de Souza. Médico. Mestre em Administração em Saúde pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Ex-Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Assessor técnico do CONASS.
17. Rosana Bezerra Batista Neves. Médica. Mestre em Saúde Comunitária. Auditora em Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
18. Sara Cristina Carvalho Cerqueira. Nutricionista. Mestre em Saúde Comunitária. Sanitarista da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

*Informações obtidas da Plataforma Lattes (acesso em 21.01.2011) e pelos próprios especialistas, através do preenchimento dos dados de identificação em cada matriz.

ARTIGO 03

**A IMPLEMENTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO DO SUS:
O CASO DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA, 2007-2010**

SUMÁRIO ARTIGO 03

RESUMO	220
ABSTRACT	221
1 INTRODUÇÃO	222
2 OS PACTOS INTERGESTORES DO SUS: CONCEITOS E DIRETRIZES	225
3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	228
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO	229
3.2 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS	230
3.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	231
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	232
4.1 CONTEXTO POLÍTICO DE IMPLANTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO EM FSA	232
4.2 ATORES ENVOLVIDOS	233
4.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES	234
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	245
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	252

REFERÊNCIAS**253****APÊNDICES****258****ANEXOS****267**

A IMPLEMENTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO DO SUS: O CASO DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA, 2007-2010 ²⁶

Mariluce Karla Bomfim de Souza²⁷

Carmen Fontes Teixeira²⁸

RESUMO

O Pacto de Gestão, uma das dimensões do Pacto pela Saúde, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde em 2006, estabelece diretrizes políticas para a gestão do Sistema Único de Saúde e institui que as responsabilidades do gestor municipal sejam formalizadas no Termo de Compromisso de Gestão. Nessa perspectiva, cabe a todo município garantir a integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União. O processo de implementação das diretrizes do Pacto vem se dando em todas as regiões do país, em ritmos diferenciados, sendo que no estado da Bahia, foi desencadeado em 2007, com a adesão do município de Feira de Santana. Considerando a importância de se investigar essa experiência, desenvolveu-se este estudo exploratório, de natureza qualitativa que teve por objetivo descrever o processo de implementação do Pacto de Gestão neste município. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 17 gestores municipais da saúde e consultados documentos institucionais, como planos, relatórios e atas. Os achados foram discutidos à luz da revisão de literatura sobre os pactos intergestores do SUS e apontam que o processo de implementação da política de gestão do SUS no caso estudado caracteriza-se pelo atendimento aos compromissos e metas pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão, com incipiente envolvimento da sociedade civil e da população em geral e relação ainda pouco solidária com o estado e com a esfera federal, situando-se no que Medina, Aquino e Carvalho (2000) consideram como “pólo burocrático” do processo de pactuação no âmbito do SUS. A compreensão desses limites aponta que a racionalidade técnica e normativa da SMS e especialmente a cultura política prevalente no município limitam o caráter potencialmente “dinamizador” do Pacto de Gestão.

Palavras-chave: Administração Pública; Descentralização; Sistemas de Saúde; Governo Local.

²⁶ Este trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública no ISC/UFBA.

²⁷ Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Estadual de Feira de Santana-BA) e Mestre em Enfermagem (Universidade Federal da Bahia). marilucejbv@yahoo.com.br

²⁸ Médica, Doutora em Saúde Pública. Professora do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da UFBA e docente do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. carment@ufba.br

THE IMPLEMENTATION OF THE LOCAL NATIONAL HEALTH SERVICE (SUS) MANAGEMENT PACT: THE CASE OF FEIRA DE SANTANA-BAHIA, 2007-2010

ABSTRACT

The Management Pact, one of the dimensions of the Health Pact, which was approved by the Tripartite Inter-Management Commission and National Health Council in 2006 establishes political directives for SUS management and institutes that the municipal managers' responsibilities are formalized in a Term of Management Commitment. Within this perspective it falls to the whole local authority to guarantee complete health care for its population, fulfilling this responsibility together with the State and Federal District in a supportive manner. The implementation process for the Pact's directives has been carried out at a different pace throughout all the regions of the country and was instigated in the State of Bahia in 2007 with adhesion by the local authority of Feira de Santana. This exploratory study, of a qualitative nature, was developed when considering the importance of investigating this experience which had the objective of describing the implementation process for the Management Pact in this local authority. Semi-structured interviews were carried out with 17 municipal health managers and institutional documents such as plans, reports and minutes were consulted. The findings were discussed in the light of revision of literature on SUS inter-management pacts and highlight that the SUS management policy implementation process in the case studied is characterized by responding to the agreements and goals agreed in the Management Agreement Term, with fundamental involvement of civil society and the population in general and a developing relationship with the State and Federal sphere, located at the Medina, Aquino and Carvalho (2000) consider as "bureaucratic pole" of the agreement process within the SUS scope. An understanding of these limits points out that technical and normative rationality of the SMS and the political culture prevalent in the local authority in particular limit the potentially "dynamizing" nature of the Management Pact.

Key-Words: Public administration; Decentralization; Systems of Health; Local government

1 INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2002) incluem a democratização e a descentralização da gestão do sistema de serviços, incorporados na Constituição Federal (BRASIL, 1988), de modo que o seu desdobramento a partir das Leis Orgânicas, (BRASIL, 1990), reserva para as instâncias federativas, e em particular ao município, um papel proeminente na gestão do sistema e organização e funcionamento dos serviços de saúde. De fato, a Lei 8080/90 (BRASIL, 1990a) atribui ao município a gestão do Sistema Único de Saúde e a execução dos serviços, ficando a União e os Estados, responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação. A Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990b), por sua vez, regulamenta a gestão pública do SUS em todos os níveis de governo e define a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos estados e municípios.

A partir de 1991, ano de publicação da primeira norma operacional da saúde, foram editadas, de forma sucessiva, outras portarias normativas, as quais segundo Arretche (2002, p. 448) estão diretamente associadas aos “arrancos de adesão dos municípios ao SUS”. A Norma Operacional Básica - NOB/91 introduziu o princípio da habilitação ao SUS, mecanismo para a adesão dos municípios e estados à política de descentralização, subordinando-se às regras federais e capacitando-se a receber as transferências oriundas dessa esfera de governo. Em 1993, a NOB/93 estabeleceu as transferências fundo a fundo entre as instâncias gestoras do SUS e institucionalizou a participação de estados e municípios no processo de formulação das regras da descentralização, através da criação das comissões intergestoras (bipartite - CIB e tripartite - CIT) enquanto espaços de negociação. Em 1996, a NOB/96, instituiu que os municípios habilitados na condição de gestão plena assumissem a responsabilidade sobre o conjunto de ações e serviços no âmbito de seu território, buscando construir a plena responsabilidade do poder público municipal sobre a gestão de um sistema de saúde, além da prestação de serviços de saúde (ARRETCHÉ, 2004). E em 2001, com reedição atualizada em 2002, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS/2002, destaca a instância estadual e o seu papel no processo de regionalização da assistência à saúde ressaltando a importância de um processo de descentralização da gestão do sistema de saúde para os municípios habilitados em gestão plena, considerados as suas responsabilidades e a sua capacidade de oferta (BRASIL, 2001).

Segundo Trevisan e Junqueira (2007) tais normas se conformaram enquanto “dispositivos infralegais” de caráter transitório, que foi reeditado ou alterado em diversos momentos, como nos anos de 91 (NOB 91), 93 (NOB 93), 96 (NOB 96), 2001 e 2002 (NOAS). Entretanto, ressalvadas as conquistas, o sistema de saúde veio sendo operado por tais normas federais, que deixaram um “vácuo decisório” dado que o objetivo do governo central sempre foi o de operar a política de saúde através de atos administrativos federais sustentados, essencialmente, pela realidade do “orçamento autorizativo”, o qual restringe a autonomia do município na gestão de saúde.

A publicação sucessiva destas normas caracterizou, portanto, uma forte “estratégia de indução” do governo federal através das quais os municípios deveriam se enquadrar em alguma forma de gestão com distribuição de responsabilidades e funções definidas pela União. Entretanto, tal situação ganha evidência no cenário brasileiro cujas divergências e desigualdades caracterizam os municípios do país, os quais diferem nas necessidades e aspirações da sua população, bem como na quantidade e complexidade dos equipamentos de saúde disponíveis no seu território.

Diante das dificuldades operacionais para a efetiva descentralização do sistema de saúde acelera a demanda por um “pacto de gestão” (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007). Nesse contexto, no âmbito jurídico e político-institucional, o debate acontecia em torno da construção do SUS com destaque sobre o seu financiamento e gestão, trazendo à baila a questão da organização do sistema e as dificuldades para a implementação e consolidação do SUS. Nesse sentido, nos anos de 2003 e 2004, sob o governo do presidente Lula, consideradas as críticas e insatisfações dos gestores, trabalhadores e usuários, as discussões aconteciam no Ministério da Saúde e nos espaços de negociação, gerando uma proposta política, a qual foi anunciada no “Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil”, o qual se configurou como o instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil e apontou o ineditismo desta iniciativa que se refere às funções exercidas pelo Ministério da Saúde e que deveria ser a referência para o sistema nacional da saúde brasileira (BRASIL, 2005). Tal movimento resultou no chamado Pacto pela Saúde 2006, que contempla três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que passou a referenciar os compromissos públicos assumidos pelos gestores mediante a assinatura do termo de compromisso de gestão (COSTA, PEDROSA e DARON, 2009).

Segundo o Pacto pela Saúde, no que tange aos municípios, as responsabilidades são atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada

no seu território. Sobre as responsabilidades gerais da Gestão do SUS, o Pacto afirma que todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União. E, o Pacto de Gestão especifica como responsabilidades de cada esfera de governo: a Regionalização; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Participação e Controle Social; e Educação na Saúde (BRASIL, 2006a).

Desse modo, desde 2006, de forma crescente, porém, ainda lenta, municípios e estados brasileiros têm aderido ao Pacto. Particularmente, na realidade do Estado da Bahia, “dos 417 municípios, 90 municípios aderiram ao Pacto de Gestão” (BAHIA, 2010, p. 58). Segundo Branco (2008) a implantação e adesão ao Pacto pelos municípios e estados é um processo complexo, sendo necessário o envolvimento dos gestores, dos técnicos, da população e das instâncias representativas do SUS, para que este não represente “apenas mais uma tentativa de imprimir uma gestão eficiente no SUS”. Trevisan e Junqueira (2007) acrescentam que o pacto não se configura como um “remédio milagroso”, entretanto, acreditam que a construção do Pacto de Gestão poderá dar outra operacionalidade ao SUS, sendo, portanto, uma realidade “única e viável” (FADEL *et al*, 2009) estando o seu cumprimento relacionado à transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão.

Assim, considerando que a consolidação da política de pactuação - o Pacto de Gestão, é um processo dinâmico que envolve negociação e articulação permanentes entre os atores e as instâncias envolvidas e que, segundo Branco (2008) é a capacidade de articulação entre estas forças que irá indicar os avanços e recuos durante a sua implementação, fazemos o seguinte questionamento: Como vem sendo implementado o Pacto de Gestão nos municípios brasileiros?

A revisão da produção científica recente na área de Política, Planejamento e Gestão em saúde, revela interesse crescente sobre esta problemática. Dentre os estudos que vem sendo desenvolvidos, destacam-se as produções sobre a análise do processo de construção e implantação do pacto na perspectiva do processo de descentralização (SOLLA, 2006), gestão em rede (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007; SILVA, 2008b), redes de atenção à saúde (SILVA, 2008a; SILVA, SOUTO JÚNIOR e BRÊTAS JÚNIOR, 2008) e com ênfase no papel e fortalecimento dos conselhos e comissões intergestores (SILVA e DOBASHI, 2006). Outros estudos trazem à reflexão os desafios para a implementação da política de gestão estratégica e participativa (SOUSA *et al*, 2009) e sobre a implementação do Pacto pela Saúde (MACHADO *et al*, 2009; SILVA, 2008a). Numa perspectiva operacional e concreta, alguns

estudiosos tem desenvolvido análises sobre a implementação do Pacto nos estados, como São Paulo (HARADA E FURTADO, 2009; ASSIS *et al*, 2009) e Mato Grosso (RIBEIRO *et al*, 2009), e mais raramente em realidades municipais, como o estudo de Tofani, Carpintéro e Bruno (2009) que considerou as mudanças no formato do financiamento em blocos e os colegiados regionais de gestão como estratégia de fortalecimento da regionalização proposto no Pacto pela Saúde.

Não obstante tais contribuições, não encontramos estudos que apresentem uma análise específica do processo de implementação do Pacto de gestão no âmbito municipal. Em vista disso, definimos como objetivo deste estudo: **descrever o processo de implementação do Pacto de Gestão em um município selecionado do Estado da Bahia considerando suas diretrizes e componentes.**

2 OS PACTOS INTERGESTORES DO SUS: CONCEITOS E DIRETRIZES

Os pactos intergestores representam uma proposta de ação pautada em princípios dialógicos que envolvem a responsabilização solidária e mecanismos que favorecem a transparência das ações, a *accountability* e o controle social. Na saúde, as origens da política de pactuação - os pactos, enquanto fato inovador no processo de gestão encontra-se no movimento de reestruturação do Estado brasileiro, marcado nas últimas décadas do século XX pela consolidação da democracia, reconstrução do federalismo e a reforma do Estado, e quanto aos aspectos internos ao SUS destacam-se, o processo de descentralização político-administrativo, a criação de instâncias de decisão e pactuação e o estabelecimento da Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRANCO, 2008).

Os pactos intergestores do SUS relacionam-se a outros pactos existentes na sociedade, a saber: o sociopolítico²⁹ e o federativo. O pacto sociopolítico envolve o Estado, os

²⁹ No Brasil, Luis Carlos Bresser-Pereira aponta grandes pactos políticos e sociais no período pós-industrialização, iniciado nos anos 30 do século XX. Entre os anos 1930 e 1960 constituiu-se o pacto populista, com a substituição das velhas oligarquias exportadoras por setores agrários e indústrias mais voltadas para o mercado interno, num contexto de industrialização no país. A partir da década de 1960, estabeleceu-se o pacto autoritário tecnoburocrático-capitalista sob a égide das empresas multinacionais manufatureiras que, aliadas ao capital industrial local e à tecnoburocracia estatal, civil e militar, favoreceu a consolidação do capitalismo oligopolista no país. No início dos anos 1980 configurou-se o pacto social democrático, tendo como base os princípios da redemocratização, da manutenção do capitalismo e da moderada distribuição de renda. Este último

trabalhadores, a sociedade civil e a organizada, e tem como finalidade legitimar os governos, assegurar a governabilidade e a efetividade das políticas públicas. Enquanto que o pacto federativo inclui a divisão de poder, de recursos e de competências entre os entes federados (União, estados e municípios), buscando-se uma parceria no alcance dos interesses nacionais, regionais e locais. Considerando este último, no caso do SUS, o pacto federativo de gestão refere-se ao compartilhamento solidário de responsabilidades no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, entre as esferas de governo, e ao compromisso com o cumprimento de metas e diretrizes, definidas previamente (BRANCO, 2008).

Os pactos de gestão se relacionam à política de descentralização na medida em que implicam a divisão de responsabilidades, com cooperação técnica e financeira entre as esferas de poder, associadas ao incentivo à transparência pública e à participação da população. A adoção de pactuação na gestão do SUS assume papel estratégico no contexto brasileiro de marcantes diferenças sócio-econômicas e distribuição desigual de serviços, tecnologias e profissionais de saúde no setor saúde dos diversos estados e municípios. Nesse sentido, os pactos se constituem em uma alternativa de estímulo à cooperação intergovernamental, incentivo à colaboração técnica e/ou financeira, delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações e conseqüentemente redução na disputa por recursos (BRANCO, 2008).

Diante das dificuldades e incertezas no processo de gestão da saúde, há que se destacar que os pactos dependem de relacionamento entre os vários níveis de governo e os interesses da Federação, fomentando a convivência e a interdependência. Neste sentido, os pactos devem ser realizados de forma clara entre as partes e compreende-se que a decisão de aderir envolve muitos aspectos tais como: decisão política, estrutura técnico-administrativa e fiscal, além de recursos humanos capacitados e compromissados com a gestão pública para assumir essa pactuação (MACHADO *et al*, 2009).

Medina, Aquino e Carvalho (2000) afirmam que o processo de pactuação tem sido implementado de forma bastante diversa em âmbito nacional, apresentando matizes que mesclam as características de dois pólos - “burocrático” e “dinamizador”. O primeiro é conduzido burocraticamente, de maneira pontual, fragmentada, sem promover a articulação entre os setores das secretarias e sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. O “pacto dinamizador” é desenvolvido mediante um processo que aglutina

experiências e práticas, buscando fortalecer a implementação da municipalização, sendo utilizado para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, integrado ao processo de trabalho, promovendo a qualificação da gestão, com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS. O grande desafio é fazer a transição do pólo burocrático para o dinamizador. Nesse sentido, Branco (2008) afirma que a política de pactuação atual brasileira deverá usar mecanismos de cooperação entre estados e municípios e o governo federal, no exercício do papel de coordenador e indutor do processo de pactuação, deve buscar arbitrar os conflitos e incentivar a atuação conjunta entre as esferas de poder, contribuindo para a constituição de uma rede federativa mais solidária e “dinamizadora”.

A tipologia apresentada por Medina, Aquino e Carvalho (2000) foi proposta a partir da análise dos pactos da atenção básica, no entanto, por extensão, poder-se-ia afirmar que tal situação se repetiria ao serem observados os demais pactos realizados no âmbito da saúde. Na prática, municípios e estados aderem à pactuação de metas e indicadores, motivados preferencialmente, pelo recebimento de recursos financeiros, sem definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas. Dessa forma, os pactos, na maioria das vezes, são conduzidos de forma cartorial, visando o cumprimento dos ritos de habilitação, preconizados pela legislação, para o recebimento de verbas.

Branco (2008) afirma que embora o Pacto pela Saúde esteja em processo de implantação e adesão pelos municípios e estados, tem-se a preocupação com o fato de que os avanços conquistados, isoladamente, não garantam a adesão dos gestores, a execução das metas, o alcance dos indicadores pactuados e o uso do pacto de maneira dinamizadora. Trata-se de um processo mais complexo, sendo necessário o envolvimento dos gestores, dos técnicos, da população e das instâncias representativas do SUS, para que o Pacto pela Saúde não represente apenas mais uma tentativa de imprimir uma gestão eficiente no SUS, pautada pelo diálogo entre as instâncias gestoras.

Desse modo, a implantação e a implementação dos pactos intergestores no SUS e, na situação atual, o Pacto de Gestão, coloca em questão a capacidade de governo e a vontade política daqueles que assumem a gestão. A consolidação da política de pactuação, assim como de qualquer política pública em países democráticos, é um processo dinâmico, que envolve negociação e articulação permanentes entre os atores e as instâncias envolvidas. A capacidade

de articulação entre estas forças é que irá indicar os avanços e recuos durante a implementação desta política no Brasil (BRANCO, 2008).

Com base nesse referencial, o estudo do processo de implementação do Pacto de Gestão no âmbito municipal pode ser direcionado à apreensão das características do processo, tentando-se identificar se este processo é meramente burocrático, ou seja, voltado para a operacionalização de normas e diretrizes do Pacto, ou apresenta características que o colocam no pólo “dinamizador”, ou seja, tomando as diretrizes do Pacto como ponto de partida para a implementação de mudanças na forma e no conteúdo das práticas de gestão do sistema e gerenciamento dos serviços.

3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para descrever o processo de implementação do Pacto de Gestão em um município selecionado do Estado da Bahia, desenvolvemos esta pesquisa de abordagem qualitativa e de caráter exploratório. Trata-se de um estudo de caso único, típico ou representativo (YIN, 2005), dado que o cenário deste estudo é um município pioneiro em termos da adoção das propostas de municipalização dos serviços de saúde segundo normas e portarias ministeriais, inclusive o Pacto de Gestão.

No decorrer da pesquisa, além de conhecer o processo histórico de constituição da gestão municipal, procuramos observar a realidade na qual os gestores estão inseridos e descrever os fenômenos que surgem nos espaços de discussão e tomada de decisão com relação à implementação do Pacto de Gestão. Buscamos uma aproximação com a Hermenêutica³⁰, entendida como método que permitiu resgatar o contexto histórico-político e identificar os elementos culturais e subjetivos que transcendem o processo de gestão do município estudado, bem como, estudar não apenas os fatos dados e os acontecimentos externos, mas também os sentidos (SPINK, 2000), os valores e os significados dos discursos e expressões humanas que em alguns momentos e situações ficavam ocultas.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

Para a escolha do *cenário* de estudo, foram utilizados alguns critérios (assinatura do TCGM e aprovação pela CIT; maior tempo de adesão ao Pacto; população acima de 100 mil habitantes; mínimo de dois anos de habilitação na GPSM; sede de DIRES; alcance dos resultados nos indicadores pactuados) que implicaram na seleção do município de Feira de Santana (FSA). Situado na Macrorregião Centro-Leste, a pouco mais de cem quilômetros da capital baiana, este município ocupa uma posição privilegiada como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul e do Centro Oeste, dando acesso a importantes cidades nordestinas (FEIRA DE SANTANA, 2010). Apresenta atualmente uma população de 556.756 habitantes (IBGE, 2010), e, do ponto de vista econômico, caracteriza-se por um diversificado setor de comércio e serviços, sendo também pólo de serviços educacionais.

De acordo com a portaria n. 352 de 09 de março de 2004, o município foi habilitado sob o formato de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A rede municipal de saúde é composta por uma diversidade de serviços da Atenção Básica e de Média e Alta complexidade. Na Atenção Básica conta com 83 equipes de saúde da família, com 76 unidades de saúde da família (USF) e 15 unidades básicas de saúde, distribuídas na zona urbana e distritos da zona rural e, na rede hospitalar, dispõe de dois hospitais da rede pública estadual, um geral e outro especializado. Além destas unidades, o sistema público de saúde conta com um conjunto diversificado de serviços de referência e contra-referência, quais sejam, policlínicas, Centros de Referência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Central de Referência e Marcação de Consultas de Média e Alta Complexidade, Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem, Centro de Combate as Endemias, Central de Distribuição de Materiais e Medicamentos, UTI Móvel e Unidades Móveis Básicas, Laboratório Municipal, Centro de Especialidades Odontológica (CEO), dentre outros (FEIRA DE SANTANA, 2010).

A Resolução CIB n° 90/2007 de 17/08/07 aprovou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal de acordo com a Portaria 699/GM de 30 de março de 2006. E, em agosto de 2008, o município caso obteve a aprovação da CIT.

³⁰ A Hermenêutica é uma metodologia da interpretação que se dirige a compreender formas e conteúdos da

3.2 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Utilizamos três técnicas para a produção dos dados: a entrevista semi-estruturada; a análise documental e a observação. A entrevista foi realizada com os gestores³¹ municipais de saúde do município-caso, estando inclusos os gestores de sistema ou de serviços. Das 22 pessoas ocupantes de cargos de gestão na SMS de Feira de Santana, desde o ano de 2007, 17 participaram³², excluídos três recusas e dois desencontros. Os participantes estão aqui identificados pela letra “E” e um número que correspondeu à ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3... E17). A aplicação da entrevista seguiu um roteiro (Apêndice A) com questões elaboradas a partir das diretrizes-componentes do Pacto de Gestão, incluindo questões pertinentes às responsabilidades gerais da gestão; a regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação na saúde; participação e controle social (para a aplicação das quais se considerou o envolvimento dos gestores e a especificidade sobre cada uma das diretrizes), além de questionamentos sobre limites e possibilidades para a implantação e implementação do Pacto de Gestão (questões comuns a todos os entrevistados).

Asseguramos aos participantes as condições necessárias à sua realização (anonimato, privacidade, confidencialidade) e o sigilo quanto à autoria das respostas, tendo sido solicitada a participação destes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Todas as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas no local de trabalho de cada participante. As entrevistas foram gravadas em “mídia player” MP3 e tiveram a duração média por entrevista de 32 minutos. Foi entregue a cada participante uma cópia do TCLE, uma cópia da autorização do secretário municipal de saúde para a realização

comunicação humana, em toda a sua complexidade e simplicidade (DEMO, 1981, p 249).

³¹ Matus (1996), chama a atenção para que todos governam em uma organização e distingue os que governam com “G” dos que governam com “g” expressando que há “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (“G”), até mesmo de modo formal e funcional, mas há os outros “agentes” que ocupam todos os outros espaços de ação na organização e que governam também (“g”). Diante desse entendimento, adotaremos o termo gestor como sinônimo de gerente, que apresenta diferença apenas pelo seu espaço de atuação, sendo este gestor do sistema ou gestor de serviços.

³² O momento de entrada no campo para a pesquisa foi marcado por novidades e modificações no espaço da Secretaria Municipal de Saúde, a exemplo da mudança do gestor municipal da saúde, exoneração de alguns trabalhadores da saúde e movimentações na ocupação dos cargos. Tal contexto, exigiu de nós pesquisadores um esforço a mais a fim de resgatar algumas pessoas que se faziam imprescindíveis para a construção da história e compreensão do processo de implementação do Pacto de Gestão.

da pesquisa de campo e uma cópia do parecer nº. 018-09 de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Para a produção dos dados provenientes da observação estivemos presentes, no período de abril a setembro de 2010, em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e do Colegiado de Gestão, além do acompanhamento esporádico da movimentação na SMS. Todas as observações, bem como, impressões, atitudes e decisões tomadas no cotidiano da gestão nos momentos da coleta foram registradas em um diário de campo. Enquanto, para a produção dos dados secundários, revisamos documentos³³ disponibilizados pela SMS/FSA. Para garantir a validade do estudo e reduzir os possíveis vieses de interpretação e inferência da autora, fizemos o cruzamento dos achados (“triangulação das evidências”) a partir das entrevistas, observação e documentos, por considerarmos as limitações de cada técnica, se utilizadas isoladamente.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O desenho da matriz analítica incluiu categorias as pré-definidas contemplando as diretrizes-componentes do Pacto de Gestão (Apêndice C). Na primeira coluna da matriz constam as categorias analíticas e nas linhas horizontais, a transcrição dos depoimentos que permitiram indicar convergências, divergências, diferenças e complementaridades, e os quais foram registrados separadamente de acordo com cada entrevistado. Buscamos tecer uma análise³⁴ de conteúdo das entrevistas e dos registros das observações e documentos, buscando identificar características do contexto político municipal, dos atores envolvidos e do processo de implementação do Pacto de Gestão.

³³ Relatórios de Gestão (2007, 2008 e 2009), Plano Municipal de Saúde 2006-2009 (o PMS 2010-2013 não foi disponibilizado a tempo para a pesquisa), Termos de Compromisso de Gestão Municipal (2007 e 2010), Relatórios de Metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - prioridades e objetivos (2008, 2009 e 2010) e atas do Conselho Municipal de Saúde e do Colegiado de Gestão (desde a sua implantação), além do Regimento do Colegiado de Gestão Microrregional do Estado da Bahia.

³⁴ A análise de conteúdo se desdobra em várias modalidades, a saber: “Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação”. A *Análise Temática* é a mais apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde e é norteada pela noção de tema, que por sua vez está ligada a uma afirmação a respeito de um assunto (MINAYO, 2010, p. 309).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CONTEXTO POLÍTICO DE IMPLANTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO EM FSA

Em 2006, sob o segundo mandato consecutivo do prefeito José Ronaldo³⁵, iniciaram as discussões sobre a adesão ao Pacto de Gestão pelo município de FSA. O gestor municipal acumulava certa experiência política, tendo sido vereador e deputado estadual e federal. Conforme afirmaram dois dos entrevistados, o prefeito revelava interesse pela assunção de compromissos com o desenvolvimento da saúde da população e “*dava autonomia para a tomada de decisões àqueles da equipe gestora que mostravam serviços*” (E14). Nesse mesmo ano, o debate sobre a adesão dos municípios e estados ao Pacto de Gestão, que já vinha ocorrendo nas reuniões da CIB e do COSEMS, onde a secretária de saúde tinha inserção como membro se intensificou, devido à publicação da Portaria Ministerial nº. 399 (E1, E14). Conforme afirmaram alguns entrevistados, o município de Feira de Santana engendrou esforços com o intuito de “*sair na frente*” (E1), de “*ser um dos primeiros*” (E5) já que existia a preocupação de que “*os municípios que não aderissem, teriam muita dificuldade na aprovação de projetos*” (E1). Assim, a vontade da SMS de que o município de Feira de Santana fosse um dos primeiros a assinar o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) e a formalizar a adesão ao Pacto implicou no direcionamento das atividades dos anos seguintes

Em 2007, foi criado “*um grupo de trabalho, o GT*” (E14), formalizado, enquanto comissão, pela secretária de saúde para a implantação do Pacto, composta por três dirigentes do quadro da SMS (do setor de Planejamento, Departamento de Atenção à Saúde e uma assessora do gabinete) que deveriam elaborar, com o apoio de toda a equipe da secretaria, o TCGM em consonância com o Plano Plurianual e com o Plano Municipal (E6 e E14). Em 28 de fevereiro de 2007, foi realizado em FSA, o I Seminário de Secretários Municipais de Saúde da Macrorregião Centro Leste com a participação de representante do Ministério da Saúde e representantes dos municípios da Macrorregião Centro-Leste e Microrregião de Feira

³⁵ José Ronaldo de Carvalho, político baiano filiado ao partido Democratas (DEM), foi vereador (1983-1987) e prefeito (2001-2008) de Feira de Santana-Ba, deputado estadual (1987-1998) e deputado federal (1999-2000) pelo estado da Bahia (WIKIPÉDIA, 2011).

de Santana (FEIRA DE SANTANA, 2008). Informações, obtidas das entrevistas, constataram que a mobilização ao nível local se deu por “*várias reuniões na própria secretaria de saúde com a diretora de assistência a saúde que fazia reuniões com os chefes e coordenadores para está discutindo o Pacto e está fazendo o Pacto do município*” (E17). Foi realizado o levantamento de indicadores e feito um diagnóstico situacional da SMS com base no financiamento e na identificação das facilidades e dificuldades para o cumprimento das responsabilidades (E1). Em 17 de agosto de 2007 foi aprovado o TCGM, conforme a Resolução CIB nº 90/2007, homologado através da Portaria GM nº 3.093, em 04 de dezembro de 2007 (FEIRA DE SANTANA, 2008).

Em 2008, o município de Feira de Santana teve seu Termo de Compromisso aprovado pela CIT e, em 13 de maio de 2008, completando o processo de implantação do Pacto, foi criado o Colegiado de Gestão Microrregional de Feira de Santana (CGMR/FSA) (Ata da 1ª Reunião Ordinária do CGMR de 2009). Embora implantado, o CGMR só iniciou suas atividades a partir de 2009, devido às dificuldades de adesão pelos municípios membros, justificada por um dos entrevistados, (E13) pela falta de compreensão sobre a importância deste espaço para a gestão da saúde.

4.2 ATORES ENVOLVIDOS

O processo de implantação do Pacto de Gestão em Feira de Santana envolveu um conjunto de atores políticos, individuais e coletivos, cuja participação foi sendo desenvolvida ao longo do processo. De fato, partindo da iniciativa da secretária de saúde, o processo de implantação contou com o apoio imediato do governo municipal, o que reforça a análise de que o momento foi favorável a institucionalização desta política, e com os esforços da comissão e da equipe gestora representado pelos dirigentes dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde. Do ponto de vista dos gestores, a julgar pelos seus relatos durante as entrevistas, o motivo mais importante para o envolvimento no processo de implantação do Pacto de Gestão, decorreu dos seus efeitos práticos, ou seja, da expectativa de que a adesão se traduzisse em captação de recursos do governo federal para investimento nos municípios.

Além destes, aparece em “cena” dois atores coletivos, primeiro o Conselho Municipal de Saúde (CMS), e depois o Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR). No CMS/FSA, as

atas das reuniões extraordinárias nº 56 (23.05.07) e nº 58 (02.08.07) revelaram a inclusão do Pacto como ponto de pauta. Na primeira, foi feita uma exposição sobre o conceito, metas e prioridades do pacto por uma das conselheiras, também técnica da SMS. Na reunião de agosto, foi utilizado um filme sobre o “Pacto pela Saúde” para apresentação e discussão. Conforme registrado nas atas, são raros os posicionamentos dos conselheiros, com destaque a um deles que *“ressalta a importância do pacto para o município e a responsabilidade dos conselheiros em aprovar o pacto”*, e acrescenta que *“as discussões não devem ser encerradas com a aprovação do pacto, mas que deve chamar outros municípios para discussão, pois o pacto só acontecerá com a participação dos outros municípios”* (Ata da reunião extraordinária do CMS nº 58/2007).

O CGMR/FSA, composto pelos 28 secretários de saúde membros, por sua vez, assume uma postura mais ativa nas discussões para o desencadeamento de ações voltadas para a sua implementação. Com isso, pode-se considerar que o processo de implantação do Pacto de Gestão em FSA, ao tempo em que demandou esforços dos gestores para ser colocado em prática, veio a tornar-se, com a participação do CGMR, um dos eixos de legitimação do projeto político do governo federal e assumidamente, municipal, sendo, portanto, um dos resultados da administração municipal liderada por José Ronaldo.

4.3 DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

As ações desenvolvidas para a implementação do Pacto de Gestão incluem um leque de responsabilidades sanitárias com extensão em todos os setores da SMS, desde responsabilidades mais gerais como o financiamento, até as mais específicas como a auditoria, dentre outras. O primeiro TCGM, assinado pelo gestor da saúde de FSA, constou de 64 itens concernentes às diferentes responsabilidades, sendo que destes, o município assinalou o quadrante “ainda não realiza” para 25 itens (FEIRA DE SANTANA, 2007). No TCGM para o biênio 2010-2011, consta um elenco de 67 atribuições e responsabilidades sanitárias³⁶ pertinentes as diretrizes componentes do Pacto de Gestão. Segundo este TCGM assinado pelo

³⁶ Para o conhecimento das Atribuições e Responsabilidades Sanitárias contidas no TCGM ver Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. Indicadores do Pacto de Gestão (BRASIL, 2008b).

Secretário de Saúde do município estudado, vale destacar, quanto à situação atual, que a maioria das responsabilidades o município “realiza”, cabendo a este a continuidade no cumprimento destas responsabilidades, entretanto novos compromissos, que “não realiza ainda” foram assumidos, a exemplo da regulação de leitos hospitalares e a adoção de vínculos de trabalho e Planos de Carreiras, Cargos e Salários para os trabalhadores do SUS com firmação de “prazo para realizar”.

Foi consenso entre os entrevistados que a gestão municipal de FSA cumpre com o percentual de 15% estabelecido na Emenda Constitucional 29 (EC29/2000) para a aplicação pelos municípios. A evolução das despesas próprias com saúde, no período de 2006 a 2009 (18,25%; 22,85%; 19,81%; 25,28%, respectivamente) (BRASIL, 2010; FEIRA DE SANTANA, 2008; 2009; 2010) permite evidenciar que a Secretaria de Saúde de FSA não somente vem cumprindo com o disposto na EC29/2000, como também supera o percentual de recursos próprios a ser aplicado pelos municípios, constatação também feita por alguns entrevistados (E1; E6; E14; E15).

Informações obtidas das entrevistas permitiram constatar que o orçamento da saúde de Feira de Santana, bem como a execução dos recursos, atende ao que determina a Portaria 204/07 do Ministério da Saúde, que disciplina o financiamento da saúde por blocos de financiamento. Conforme avaliação de dois entrevistados, a formatação por blocos foi “*uma conquista*” (E8), pois segundo outro entrevistado, este formato “*para a gente trabalhar é bem melhor, do que aquele mundo de caixinhas*” (E15).

Sob a responsabilidade sanitária da Regionalização e com o compromisso assumido no TCGM 2007 de FSA, em constituir o CGMR em 2008, alguns entrevistados apontaram a falta de adesão dos municípios membros nas reuniões deste colegiado. De fato, conforme constatou um entrevistado a falta de adesão dos secretários foi o motivo pelo qual desde a sua implementação em maio de 2008 até março de 2009, as reuniões não aconteceram. Este problema, embora com menor frequência, tem, ainda, interferido sobre a dinâmica do CGMR. Encontramos no registro em uma das atas do colegiado, o relato de um membro sobre sua “*preocupação de tudo ser através do colegiado, explicitando as dificuldades de quórum, pois, os gestores não participam, e que cada reunião do colegiado agendada, sempre há expectativa de ter ou não quórum para as deliberações*” (Ata da 1ª Reunião Extraordinária do CGMR de FSA, 18 de maio de 2009, linha 20-25). Reforçando tal constatação, dois entrevistados comentaram sobre a falta de quórum para a realização das reuniões, destacaram a falta de responsabilidade e compromisso de alguns (E13) e a pouca

participação/manifestação de alguns secretários nas reuniões (E10). Este problema, também foi registrado no diário de campo, através da fala de uma gestora que afirmou: *“a gente vem para reunião e as pessoas não vem, eu sempre venho porque tem que ter quórum para deliberar”*. Embora a falta de quórum seja uma realidade no CGMR/FSA conforme as evidências, apenas um entrevistado contraria este fato com a seguinte consideração: *“Nós temos 28 municípios, a frequência na média é de 23, 25 municípios. Então eles participam ativamente, mandam os seus pleitos, e todos esses pleitos são discutidos e há participação de todos com satisfação”* (E6).

Considerada a dificuldade para o acontecimento das reuniões dentro do calendário proposto, as atas das reuniões do CGMR/FSA registram importantes decisões tomadas neste espaço. Com base nas entrevistas e documentos analisados, podemos afirmar que o CGMR/FSA tem alcançado conquistas e avanços desde a sua instalação, como a distribuição dos recursos adicionais de média complexidade e a Programação Pactuada Integrada (PPI) 2010, a consolidação dos Termos de Compromissos municipais e estadual que permitiu um maior envolvimento dos secretários e técnicos (estaduais e municipais), e a criação de Grupos de Trabalho (GT), a exemplo o grupo de Urgências e Emergências.

No GT de Urgências e Emergências estava sendo discutido o processo de regionalização do SAMU (E10). Enquanto proposta, a Regionalização das urgências da Microrregião de Feira de Santana foi apresentada e aprovada na terceira reunião ordinária do CGMR, ocorrida em julho de 2009. Entretanto, um dos entrevistados reconheceu a importância do processo de Regionalização, porém fez destaque à imposição do governo estadual em assumir além da microrregião de Feira, a micro de Serrinha, alegando a falta de estrutura para assumir tantos municípios (E10).

Sobre a relação do município com o estado, há que se resgatar o aspecto da oposição partidária entre governo do estado e município, sobre isso, alguns entrevistados colocaram em discussão a “parceria” entre estes entes federativos. Sobre esta questão, não houve consenso entre os entrevistados, alguns relataram apenas *“certo distanciamento”* (E16), por parte do estado, enquanto outros endossaram a existência de oposição política, colocando em evidência que Feira de Santana cumpre com os seus compromissos de acordo com as determinações federais e estaduais, e que o estado também deveria cumprir com suas responsabilidades (E1; E10; E15). Somado a isso, outro entrevistado pontuou as dificuldades na relação com a gerência do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), da rede estadual. De acordo com E14, a gerência do hospital tem dificultado as relações pela falta de compreensão

sobre as mudanças advindas com o Pacto de Gestão, em que Feira de Santana assumiu o comando único³⁷: *“em 2007 mudou tudo, eles não entendem, nunca entenderam que eles estão sob nossa gestão, eles querem andar pelas próprias pernas como se estivessem sem comando nenhum [...]”* (E14).

Dentre outras atividades diretamente relacionadas à implementação do Pacto de Gestão, nos anos de 2007, 2008 e 2009, os documentos e as entrevistas apresentaram a reavaliação do Plano Municipal de Saúde - 2006/2009 para adequação ao Pacto de Gestão (FEIRA DE SANTANA, 2008), a coordenação, acompanhamento e avaliação da PPI da Atenção Básica de Saúde, assim como o Pacto de Indicadores de Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2009; 2010) e a participação, acompanhamento e avaliação da PPI da Média e Alta complexidade (FEIRA DE SANTANA, 2010), e, recentemente, a participação no processo de construção da “PPI Viva 2010” (BAHIA, 2010).

Considerando o período de análise deste estudo 2007-2010, destacando-se o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2006-2009 em execução no período de implantação do Pacto, e o processo de elaboração do PMS 2010-2013, as entrevistas de E1 e E5 afirmaram que o planejamento da saúde no município se caracteriza como “planejamento estratégico”, entretanto E5 contraria E1 ao comparar que o processo de construção do PMS 2006-2009 “realmente não houve uma participação” em relação ao PMS atual, afirmação, segundo E5, pautada nos relatos e nas observações dos conselheiros na reunião do CMS.

Em cumprimento a responsabilidade sobre o planejamento e a programação assumida no Pacto de Gestão, no âmbito do estado, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) realizou durante o ano de 2009 algumas reuniões a fim de apoiar os municípios na elaboração de uma nova Programação Pactuada e Integrada (PPI). De acordo com o Relatório de Gestão 2009 da SESAB, foi criada uma comissão interfederativa responsável pelos trabalhos da PPI composta por dezoito representantes, sendo nove da SESAB e nove representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS). Juntamente com representantes do Ministério da Saúde, esta comissão discutiu e deliberou assuntos relacionados à construção da nova PPI, sendo realizadas oficinas macrorregionais visando a publicização dos critérios e parâmetros aprovados para a PPI e alocação de recursos junto aos

³⁷ A instituição da modalidade de comando único do município na gestão do sistema de saúde foi a partir da NOAS 2001. “O comando único diz respeito àqueles municípios que passam a ter total autonomia para organizar o sistema local de saúde na busca da garantia do acesso da população às ações e serviços com qualidade”. Na prática, o gestor recebe o recurso financeiro integral para ações de atenção e gestão e assume a responsabilidade de programar a utilização desses recursos e pagar pelos serviços prestados (BAHIA, 2010, p. 56).

secretários municipais. Assim, para a realização da “PPI viva” 2010, formalizada em maio de 2010, houve o envolvimento do CGMR/FSA, que segundo destacou um dos entrevistados *“funcionou ativamente”* e foi *“um exemplo vivo de como nós trabalhamos”* e acrescentou a responsabilidade do colegiado em *“monitorar a PPI”* (E6).

Quanto às responsabilidades de Regulação, Auditoria, Controle e Avaliação no SUS em Feira de Santana estão distribuídos em diferentes setores da SMS. No organograma, consta a Seção de Controle e Regulação diretamente ligada à Diretoria de Assistência de Média e Alta Complexidade (DAMAC) e a Seção de Planejamento e Avaliação está ligada à Divisão de Auditoria e Planejamento. Entretanto, a estrutura física e operacional da SMS revela outra distribuição, onde existe uma sala para a DAMAC, outra para a Auditoria e, para a Regulação, foi construída uma central ao lado da SMS, como também, as dependências do SAMU. Quanto à Avaliação em saúde, não há um espaço físico destinado para tal responsabilidade, sendo esta pulverizada pelos diversos setores e serviços da SMS.

De acordo com o Relatório de Gestão 2009, a Central de Regulação de FSA desenvolve atividades de regulação de consultas e exames de modo a proporcionar o acesso dos usuários às consultas especializadas, aos serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT), bem como demais procedimentos ambulatoriais especializados (FEIRA DE SANTANA, 2010). Entretanto, vale destacar que Feira ainda não faz a regulação de leitos hospitalares, embora seja essa uma meta a ser realizada até maio de 2012, conforme consta no último TCGM assinado pelo secretário.

A SMS de Feira de Santana dispõe de espaço físico já construído para a regulação de leitos hospitalares, conforme afirma E16, no entanto, o município encontra dificuldades para o início desta atividade, como por exemplo, o *“número de leitos insuficientes”* (E10). Outro entrevistado acrescentou que ainda *“tem muita coisa envolvida para poder realmente sair do papel, para dizer que Feira hoje regula leito”* (E16).

Os Relatórios de Gestão 2007, 2008 e 2009 registram uma redução do número total de agendamentos - apoio diagnóstico, especialidades e exames laboratoriais, nos anos de 2007 (476.161), 2008 (426.181) e 2009 (343.387). Sobre tal situação, a SMS/FSA afirma no Relatório de Gestão (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 174) que a cobertura populacional pela Central de Regulação *“necessita de maior ampliação para oferecer uma retaguarda maior a Atenção Básica e a Média Complexidade, para que os diagnósticos sejam precoces e elucidação dos casos clínicos e cirúrgicos prontamente resolvidos”*. Também neste Relatório, sugere-se que o município necessita de *“um melhor ordenador dos fluxos e perfil*

epidemiológico e uma maior articulação entre os serviços ofertados, as demandas e as unidades básicas de saúde” (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 187).

Feira de Santana conta com o Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o qual tem buscado ao longo do seu funcionamento “*auditar a regularidade dos procedimentos técnicos, científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS*” e também “*verificar a adequação, a resolutividade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população*” (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 172). Sobre o funcionamento da auditoria, E3 pontuou como uma dificuldade para a implementação e expansão das suas atividades, o tamanho da equipe, composta por duas médicas, seis enfermeiras e uma auxiliar administrativa. Segundo E3: “*a equipe é pequena para o porte do município e isso traz algumas dificuldades na operacionalização das auditorias*”. E acrescenta que as auditorias de rotina que gostariam de estar realizando, muitas vezes “*é prejudicada porque a equipe é pequena e a gente não tem como dar conta de tudo*” (E3). Embora com uma equipe pequena, os Relatórios de Gestão 2007, 2008 e 2009 mostram o aumento discreto das atividades desenvolvidas pela equipe de Auditoria de FSA, nos anos de 2007 (70) e 2009 (75), porém com queda não justificada em 2008 (59). E, ao contrário, houve elevação no quantitativo de auditorias especiais em 2008 (44), e queda de 2007 (37) para 2009 (32).

Quanto ao controle das ações e prestação de serviços de saúde no município de Feira de Santana, um dos entrevistados fez referência à posição desta seção no organograma da SMS e afirmou que “*na Diretoria de Atenção à Saúde você vai encontrar um setor só trabalhando com a questão do controle dos prestadores privados, teoricamente teria que trabalhar privado e público, mas a gente acaba dando prioridade ao privado.*” (E10). Outro entrevistado destacou o desenvolvimento das ações de controle na saúde em FSA, e afirmou que “*o setor de controle, é um controle mais de quantidade [...]*” e que embora, o controle seja “*bastante amador*”, “*dá um resultado interessante, ele consegue inibir realmente coisas que a gente já ouviu falar no passado, que alguém recebia autorização para fazer cinquenta e cobrava cem no sistema, isso, hoje, a gente conseguiu inibir bastante, minimizou esses exageros*” (E14).

Embora com limitações no controle das ações e serviços de saúde, a SMS tem se movimentado no sentido de ampliar o quadro de prestadores para aumentar a oferta e melhorar o acesso. Os depoimentos de E14, E11 e E8 apontaram a realização do chamamento público com o intuito de ampliar a oferta de serviços, inclusive especialidades, até então não

disponíveis na rede municipal, e referiram sobre o processo de contratualização, pontuando que a relação entre a SMS e prestadores é mediada por contratos. A SMS tem buscado desenvolver ações para o acompanhamento desse processo, no sentido de monitorar se tais contratos estão sendo cumpridos e se tais serviços estão sendo prestados.

Sobre as atividades de monitoramento e avaliação, diferentes estratégias utilizadas nos diversos setores da SMS foram citadas pelos entrevistados, como por exemplo: “*oficinas com os coordenadores de setores*” e “*reunião de avaliação das ações do semestre com o secretário de saúde*” (E5), “*análise do tempo-resposta*” (E10; E13) na prestação de ações e serviços, “*sistema de ouvidoria*” (E4), “*e agora vai existir aquela caixa de sugestões*” (E7), além da comunicação direta para os coordenadores, seja pelos profissionais de saúde ou pelos próprios usuários, como acontece na Central de Regulação (E11).

Desde a adesão ao Pacto de Gestão, a equipe gestora tem desenvolvido atividades avaliativas com o intuito de acompanhar a condição de saúde no município, através dos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto. Para tanto, os gestores têm feito uso dos espaços da SMS, como o CGMR e o CMS (E6; atas do CMS: nº. 63/2008; 68/2009; 69/2010).

A Secretaria de Saúde de FSA também assumiu, no último TCGM, a proposta de romper com a atual lógica de ingresso no setor público, adotando-se a realização de Concurso Público, compromisso este previsto para ser realizado até o final de 2011, conforme pactuado no SISPACTO. Dois entrevistados afirmaram a intenção do prefeito em realizar tal concurso e que tal situação já vem sendo analisada (E11), inclusive “*estão começando a elaborar um projeto para ser encaminhado à Câmara Municipal para votação*” (E2).

Algumas atas do CMS registram as discussões sobre as responsabilidades com a gestão do trabalho, sendo que um entrevistado afirmou que estratégias estão sendo pensadas e esforços direcionados para a realização dessas atribuições. Estratégias e esforços também são apresentados no Relatório de Gestão 2009 enquanto perspectivas futuras para o ano de 2010, como a criação de uma Política de Valorização do Funcionário Público, a contratação de profissionais em áreas de escassez de recursos humanos, inclusive médicos especialistas, revisão de todos os contratos da SMS, contratação de profissionais efetivos, elaboração de Plano de Cargos e Salários dos servidores da SMS, além da promoção de parcerias com instituições de ensino para curso de capacitação em Saúde Pública.

Entretanto, E11 fez referência à falta do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). De acordo com o último Termo de Compromisso assinado, no que tange à Gestão do Trabalho, os itens 5.2 e 5.5 que se referem, respectivamente, a adoção de vínculos de trabalho

dos trabalhadores de saúde e as ações de adequação de vínculos onde for necessário, e a consideração das diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, para a elaboração e/ou implementação no âmbito da gestão local, o município “não realiza”, mas prevê sua realização para 09/2011. E quanto ao item 5.4 que trata do desenvolvimento de estudos e proposição de estratégias e financiamento tripartite para a adoção de políticas de recursos humanos, a previsão para a realização está para 12/2011.

No momento da pesquisa de campo, constatamos um elevado quadro de servidores da saúde contratados temporariamente, fato este confirmado nos relatórios de gestão consultados. Vale destacar que houve um aumento significativo no quadro de pessoal em mais de 300 servidores do ano de 2008 para 2009 (FEIRA DE SANTANA, 2008; 2009; 2010). Segundo o Relatório de Gestão 2009, a SMS de Feira de Santana tem um quadro de pessoal formado por 3.957 servidores, entre contratados e efetivos. Entretanto, o quadro de pessoal hoje é majoritariamente constituído por trabalhadores terceirizados e contratados (E2; E10; E12; E16; E17).

A situação atual do quadro de pessoal da SMS, caracterizada pela instabilidade na permanência dos servidores, tem trazido conseqüências para a qualidade da atenção à saúde prestada pelos serviços de saúde da rede municipal. O depoimento de um dos entrevistados problematiza a atual situação do Programa de Saúde da Família no município, que tem perdido a sua caracterização pelos moldes do Ministério da Saúde, dado a falta de concursos, bem como a falta de vínculo profissional trabalhista da equipe (E17).

Quanto ao item pactuado sobre o desenvolvimento de estudos e proposição de estratégias e financiamento com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados, FSA tem ofertado ações de educação permanente. Porém, os achados deste estudo apontaram dificuldades e desafios para os resultados conseqüentes desta ação, como principal exemplo, a evasão dos trabalhadores já qualificados por conta de atrativos salariais e “*falta de vínculo profissional*”, o que não garante o retorno para o município que ofertou tal curso, sem contar o “*compromisso*” do profissional que foi capacitado (E10, E14).

A SMS/FSA apresenta na sua estrutura administrativa, uma Seção de Capacitação Permanente, cujas ações, definidas no Regimento Interno, enfocam, dentre outras, a capacitação dos recursos humanos/pessoas para o aperfeiçoamento profissional como meio de melhoria no atendimento à clientela (FEIRA DE SANTANA, 2010). No ano de 2008, segundo o Relatório de Gestão, este setor realizou atividades diretamente relacionadas à implementação e monitoramento do Pacto de Gestão, dentre elas, reuniões com municípios

pactuados, reuniões com municípios pactuados e Central de Regulação e reunião com o Colegiado de Gestão. No ano de 2009, foi dada continuidade às atividades e reuniões realizadas pelo setor. No Relatório de Gestão (FEIRA DE SANTANA, 2010, p. 195) consta o registro que a Secretaria de Saúde através do setor de Educação Permanente tem cumprido *“uma Política de Capacitações Permanente para os profissionais da saúde, sendo estas diversificadas e abrangendo gradativamente todos os recursos humanos, valorizando-os e aperfeiçoando ‘gente que cuida de gente’*. Dentre os cursos de capacitação oferecidos pela SMS neste ano, E7 citou: *“PRO-Ar que é o programa de asma e rinite aqui de Feira de Santana, foram capacitados os enfermeiros das unidades de saúde”*; *“aconteceu esse mesmo evento só que para os médicos”*; *“parte do treinamento em vacina”*; *“teve um treinamento também de mortalidade materna”*; e *“agora a partir de julho para no máximo começando em agosto, a gente quer fazer uma capacitação mensal, aí que a gente vai tá procurando parceria com os parceiros conveniados a Secretaria de Saúde”*. E segundo E4, já existe curso de capacitação, sob o formato de Especialização, com realização prevista: *“a SMS fez um convênio agora para o curso de gestão, de gestores do SUS, onde vão ser selecionados 30 funcionários para participar desse curso de pós-graduação”* (E4).

Sobre os parceiros conveniados, têm-se *“convênios com escola de nível médio, com as escolas técnicas, com as escolas de nível superior [...]”* (E4). Com destaque às últimas, tem a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Dentre os projetos aprovados sob a responsabilidade da SMS e da UEFS, foi citado nas entrevistas e documentos, o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (PRO-SAÚDE) e o Programa de Educação do Trabalho pela Saúde (PET-SAÚDE). O PET é um dos exemplos concretos do estabelecimento de parcerias dos serviços públicos de saúde do município com a UEFS, para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde no município e com prioridade para a implantação dos conselhos locais de saúde, conforme afirmou E17: *“o PET tem esse pensamento de implantar o conselho local”*.

Sobre as parcerias institucionais, vale destacar a SESAB. Em 2008, através da adesão do município ao Programa de Implantação e Desenvolvimento Micro-Regional das Linhas de Cuidado e Educação Permanente para Atenção Básica celebrada entre a SESAB e a SMS, a Secretaria do Estado tem desenvolvido ações nesse sentido (E12). A SESAB também ofertou um curso de Especialização em Saúde da Família em que participaram profissionais das equipes de saúde da família do município (FEIRA DE SANTANA, 2009), além de *“um*

treinamento em planejamento de saúde agora esse último mês, que a SESAB promoveu uma oficina de capacitação junto com o ISC” (E5).

Entretanto, ainda que existam iniciativas e parcerias no sentido de cumprir com as responsabilidades referentes à Educação na Saúde, também são muitas as dificuldades a serem enfrentadas. Considerando que, como bem afirmaram os entrevistados, *“não existe uma estrutura e até a própria formação dos profissionais formados, a gente percebe uma grande dificuldade [...] e com isso acaba aumentando as seqüelas, a taxa de mortalidade e o tempo de permanência hospitalar” (E10).* Outro importante problema apontado por E4 refere-se a *“não valorização quanto à importância dessas capacitações, porque no momento que a gente marca o treinamento, se houver outra prioridade [...], eles não vem ao treinamento”,* então existe *“a não valorização por algumas pessoas, sobre a importância da educação permanente” (E4).*

Finalmente, sobre as ações voltadas para a Participação e Controle Social, as informações dos Relatórios de Gestão consultados, bem como, as entrevistas revelaram a composição e a dinâmica do CMS/FSA. Sobre sua composição, questiona-se o processo de formação dos conselheiros, que demanda a realização de cursos de capacitação e qualificação (E7). Esta necessidade vem sendo pontuada nas reuniões, porém tem encontrado dificuldades para a sua realização. Conforme afirmou um dos entrevistados, houve o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde para que as capacitações fossem realizadas (E4), mas a revisão documental apontou que o curso não aconteceu, sem apontar os motivos. Sobre a dinâmica de funcionamento do CMS de FSA, os registros no diário de campo e nas atas, bem como os depoimentos dos entrevistados apontam que a convocação para as *“reuniões do conselho respeitam o regimento dentre do possível”,* considerando que alguns endereços correspondem aos locais de trabalho ou de residência indicado pelo conselheiro. Sobre a entrega do material que, por vezes se faz necessário, para o conhecimento do conselheiro e para subsidiar as discussões nas reuniões, E7 afirmou que os conselheiros recebem o material no endereço indicado com dez dias de antecedência, *“que é o tempo regimentar e a gente entende que é o tempo suficiente para eles analisarem essa documentação que vai ser apresentada no dia da reunião”.*

Quanto às ações de convocatória pela mobilização social, foram registradas, por muitas vezes, no diário de campo e nas atas do CMS, valendo destacar que tal iniciativa tem surgido de um dos conselheiros. Entretanto, o Secretário de Saúde, também presidente do CMS, e através da assinatura do TCGM, assumiu a implantação dos conselhos locais de saúde

enquanto meta. O processo de implantação destes conselhos tem acontecido no município mediante a utilização de algumas estratégias, como por exemplo, a divulgação desse mecanismo de participação social nas unidades de saúde para a população através das salas de espera e reuniões com a comunidade, conforme afirmação de um entrevistado (E7).

Algumas entrevistas mostraram, a exemplo de E7, que, embora o município tenha assumido a responsabilidade pela implantação dos conselhos locais de saúde junto com os esforços dos conselheiros do CMS, são muitas as dificuldades que vem sendo enfrentadas para a sua implantação, implementação e expansão. Como maior dificuldade apontada pelos entrevistados, foi referida a falta de adesão da população nas reuniões promovidas para este fim, além da disputa entre os segmentos da sociedade civil. E, quanto às ações de convocatória para a constituição dos conselhos, tal prática tem se limitado a utilização das ouvidorias pela população enquanto instrumento que possibilita a declaração da população sobre os problemas que envolvem os serviços e ações de saúde.

A ouvidoria da SMS/FSA foi implantada informalmente em 2004, sem portaria específica e sem participação no organograma da SMS. A demanda por esse serviço é formada por pessoas de 30 a 75 anos, de ambos os sexos, geralmente com médio grau de instrução, bem politizadas e conscientes dos seus direitos que querem fazer reclamações e solicitações. O atendimento atualmente pode ser feito de forma presencial ou por telefone através de um sistema informatizado específico, denominado *call center*, entretanto apesar do nome, o serviço não dispõe de central de tele atendimento, “*não existe um disk reclamação*” (E7). Entretanto, há projetos para implantação de demandas provocadas com caixa de sugestões e de uma linha telefônica de 0800 (FEIRA DE SANTANA, 2010).

O Relatório de Gestão 2009 registra um crescimento no número total de queixas prestadas pelos usuários do SUS ao serviço de ouvidoria da SMS, de 274, no ano de 2008, para 344 queixas registradas em 2009, sendo notadamente maior na forma presencial do que através do sistema ouvidor SUS. Segundo o Relatório de Gestão municipal, o sistema vem dando respostas às denúncias feitas ao passo que estão entre 80 e 100 o percentual de resolutividade do serviço (FEIRA DE SANTANA, 2009; 2010).

Dentre as reclamações prestadas ao serviço de ouvidoria, no Relatório de Gestão 2007, as queixas sobre médicos e PSF superaram as de mau atendimento. No Relatório de Gestão (2008, p. 115) as queixas de mau atendimento ao usuário dos serviços foram as de “*maior prevalência demonstrando assim, que apesar de muito discutida a humanização não faz parte da prática de alguns dos profissionais da saúde*”, enfatizando-se que “*a capacitação dos*

servidores no que diz respeito às relações interpessoais ainda são indispensáveis”. Embora E16 tenha confirmado as informações do RG, também acrescenta que, diante das reclamações, ações têm sido feitas no sentido de resolvê-las. Por outro lado, o Relatório de Gestão 2008 registra que existem atrasos por parte dos setores a que foram enviadas tais reclamações, impossibilitando que seja dado um retorno ao reclamante, e que sejam fechadas no sistema as reclamações em determinado espaço de tempo.

A experiência de Feira de Santana, conforme o relato de um entrevistado tem mostrado que as ouvidorias não têm sido totalmente utilizadas para atender aos interesses coletivos, sendo as queixas, muitas vezes, representadas por problemas pessoais e como forma de denúncia ou perseguição sobre determinado trabalhador da saúde. Sobre a devida utilização das ouvidorias pelos usuários, E1 alegou, justificando, que o desconhecimento das pessoas sobre a real utilidade destes dispositivos se deu desde o seu processo de implantação em que não houve uma publicização sobre a sua importância e a sua finalidade, sendo tal problema mantido pela continuidade da falta de informação ao público sobre a utilidade das ouvidorias.

Pelo exposto, constata-se que o processo de implementação do Pacto de Gestão em FSA contemplou dois momentos que se entrelaçaram ao longo do período, embora possam ser distinguidos analiticamente, quais sejam, a construção da vontade política, que se deu principalmente no âmbito da SMS e posteriormente com a criação do CGMR, e a implementação propriamente dita das ações e responsabilidades reveladas nas entrevistas, nos documentos e no cotidiano da prática de gestão na SMS. Buscamos resgatar o contexto histórico-político e identificar os elementos para a explicação dos fatos internos e externos do processo de gestão do município e do processo de implementação do pacto, principalmente sobre o financiamento, regionalização, planejamento, programação, regulação, avaliação, trabalho, educação e controle social.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

O processo de implementação do Pacto de Gestão em Feira de Santana descrito em linhas gerais no capítulo precedente revelou uma heterogeneidade de aspectos determinados pelo contexto político e pelo envolvimento dos atores que participaram ao longo desse

processo. Tais aspectos colocam o processo de pactuação em Feira de Santana no pólo “burocrático”, e por vezes o aproxima do pólo “dinamizador”.

O caráter burocrático identifica-se pela execução das responsabilidades por cada setor da SMS em atendimento às metas pactuadas, caracterizada, não raras vezes, sem a devida articulação entre os setores da secretaria e pelo incipiente envolvimento da sociedade civil e da população em geral, o que compromete a intensidade das discussões no CMS. Além disso, constata-se a relação ainda pouco solidária entre a SMS e as demais instâncias gestoras do SUS, como a SESAB e a esfera federal.

Entretanto, alguns achados revelaram a realização de práticas e a existência de intenções que aproximam o processo de pactuação do “pólo dinamizador”, tais como: a vontade política da equipe gestora para a adesão ao Pacto, a utilização do CGMR como espaço de participação e cooperação entre estado e municípios, os esforços da equipe no sentido de desenvolver práticas voltadas para a avaliação das metas pactuadas, a iniciativa de ampliação do processo de participação e controle social a partir da implantação dos conselhos locais de saúde, a assunção do compromisso de realização de concurso público, e a adoção de políticas de desenvolvimento e fixação de pessoal de saúde.

Diante dos aspectos que caracterizam as práticas de gestão no município de FSA e que direcionam a implementação do Pacto de Gestão, podemos considerar que os limites para um “pacto dinamizador” estão postos em duas dimensões: a técnica e a política. Na dimensão técnica, é possível pensar que o predomínio da racionalidade normativa na SMS tenha criado obstáculos para a discussão do processo de implementação do pacto e dificultado a criação de mecanismos e estratégias de enfrentamento dos problemas existentes.

A predominância de uma racionalidade normativa voltada para o cumprimento das metas pactuadas pode ser exemplificada na análise do financiamento. Em primeiro lugar, é importante destacar que embora a criação dos blocos de financiamento tenha substituído as várias “caixinhas”, o sub-financiamento ainda ameaça a efetividade do pacto, pois ainda se mantém a vinculação financeira sobre premiações e incentivos pelo Ministério da Saúde (SANTOS, 2008). Ademais, apesar de FSA cumprir e, na maioria das vezes, até ultrapassar a meta pactuada sobre o investimento de recursos na saúde, não encontramos evidências que indiquem a realização de avaliação do uso de tais recursos. Tal procedimento se faz necessário, visto que um eventual aumento do montante de recursos não garante a solução dos problemas de financiamento, o que torna fundamental o uso racional na gestão desses recursos (MENDES *et al*, 2001).

A forma como se deu o processo de programação estabelecido com o Estado no ano de 2010 também exemplifica a predominância de uma racionalidade normativa nas práticas de gestão, embora as entrevistas tenham apontado o caráter supostamente participativo nesse processo. A própria lógica da PPI não possibilita o avanço sobre o investimento desejável e compatível com as necessidades de saúde de cada localidade, visto que os tetos máximos estabelecidos para cada estado reproduzem a “lógica perversa de alocar recursos escassos”, o que não favorece a integração entre gestores (BAPTISTA, 2003), distanciando-o do caráter participativo e dinamizador pretendido.

As atividades de auditoria também tem se caracterizado pela racionalidade normativa visto que as limitações no quantitativo de recursos humanos tem comprometido a implementação e expansão das suas atividades, bem como o planejamento e avaliação das suas ações. De acordo com o artigo 2º do decreto Nº 1.651, de 28/09/1995, que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) as atividades neste setor extrapolam a auditoria da regularidade de procedimentos, e incluem o controle da execução e a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados devendo, portanto, ser consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde. Enquanto diretriz do Pacto de Gestão, a Auditoria também deverá prestar cooperação técnica em tempo real, propor medidas corretivas e servir de suporte ao Controle Social (PERON, 2009).

Em FSA, os limites para o processo de implementação das ações da Auditoria o distancia do “pacto dinamizador”, para o qual se exige que a Auditoria seja um instrumento de gestão e cidadania, que proteja o bem público, oriente os profissionais e os gestores de saúde para garantir a eficiência dos serviços prestados e contribua decisivamente na consolidação do SUS, na diminuição das disparidades, na garantia da autonomia dos conselhos, identificando e relatando legalidades e irregularidades a serem corrigidas (PERON, 2009). Considerando que as entrevistas apontaram que a auditoria municipal exerce fundamentalmente um papel de fiscalização das ações assistenciais, não fazendo menção ao exercício de uma função educativa nem a assunção de um papel orientador, podemos considerar que contribui para fortalecer o caráter burocrático do processo de pactuação.

Na dimensão política, o distanciamento do governo estadual, a pouca participação dos conselheiros e a “*falta de cultura política*” da população, apontada nas entrevistas e documentos, apresentam-se como nós críticos para a incipiente institucionalização de práticas dinamizadoras do processo de pactuação.

De fato, a relação pouco solidária com o Estado, é revelada nas entrevistas e documentos, particularmente exemplificada pela questão da resistência do Estado em compartilhar o gerenciamento do hospital geral e pela “imposição” da Secretaria estadual de saúde para que a SMS de FSA assumira a regionalização do SAMU, não apenas no território de sua microrregião, mas também na microrregião com sede no município de Serrinha, contíguo à Feira de Santana. Estas questões mostram que o processo dialógico ainda não foi instituído concretamente na relação entre o gestor municipal e o estadual, embora o processo de implementação do Pacto de Gestão represente uma possibilidade para o estabelecimento desse diálogo e para a materialização de acordos e estabelecimentos de uma rede cooperativa (BRANCO, 2008). No caso de FSA, o não estabelecimento desse diálogo prolonga a discussão de acordos e compromete o estabelecimento de redes cooperativas e colaborativas, interferindo na adoção de medidas que possibilitem a melhoria e garantam o acesso da população às ações e serviços de saúde.

Ainda na dimensão política, cabe registrar que foi consensual a dificuldade apontada pelos entrevistados quanto à resistência ou adesão, seja da população à participação nos espaços colegiados de discussão sobre o sistema de saúde, seja dos profissionais de saúde à participação nos cursos de capacitação e qualificação. Isso é explicado pelos entrevistados como decorrente da “falta de cultura política”. Entendendo por cultura política, o “conjunto de atitudes e orientações políticas que os indivíduos possuem acerca do sistema político e do seu papel no sistema” (ALMOND e VERBA *apud* SCHIMDT, 2001, p. 118) é possível pensar que a maior parte da população de fato não exiba esse tipo de atitude. Entretanto, segundo Theisen (2004) a participação da população em processos decisórios, na política ou em assuntos públicos, depende de fatores externos além da dimensão cultural.

Na saúde, a participação tem como espaço institucionalizado os conselhos de saúde, onde se revelam as limitações daqueles que os compõem. Dentre estas limitações, que ocorrem “de todos os lados” segundo Correia (S/D), destaca-se a ingerência política por parte dos gestores, a fragilidade política das entidades da sociedade civil representadas, a não organicidade entre representantes e representados e o desconhecimento das atribuições dos conselheiros. No caso de FSA, a falta de capacitação dos conselheiros pode revelar certa ingerência política e, em parte, justificar a falta de conhecimento dos conselheiros sobre suas atribuições e responsabilidades no processo de formulação e avaliação das políticas de saúde do município.

A “falta de cultura política” também pode ser entendida como um fator que ajuda a entender o comportamento dos profissionais de saúde no que diz respeito à adesão aos espaços colegiados de discussão e o pouco interesse em participar nos cursos de capacitação oferecidos. De fato, as entrevistas e documentos revelaram a não valorização das ações de educação permanente por parte dos profissionais de saúde, o que pode ser explicado pela falta de compromisso de alguns e pelas deficiências na formação dos profissionais, fatores que sabidamente tem interferido na implementação do SUS (CECCIM e FERLA, 2009) gerando propostas de construção de inovações para uma política de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde com caráter de educação permanente (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), que procura reunir ensino, atenção, gestão e controle social em saúde. No caso de FSA, as ações de Educação Permanente, reveladas nas entrevistas, estão centradas nos cursos específicos de atenção e gestão em saúde, estando as ações de ensino restritas à oferta de campo de práticas e estágios, não tendo sido revelado qualquer ação ou curso com foco na participação e controle social em saúde.

Destarte, as limitações, especialmente apontadas pelos entrevistados, como a fragilidade política das representações da sociedade civil, a falta de capacitação dos conselheiros, bem como a “falta de cultura política” e a falta de compromisso e interesse dos profissionais nos cursos de Educação Permanente ajudam a entender os motivos do município de FSA ainda está posicionado no pólo burocrático.

Os achados deste estudo também mostraram aspectos que permitem caracterizar uma aproximação com o “pacto dinamizador”. O primeiro aspecto é a formação de uma vontade política de aderir ao Pacto. Considerando que a decisão por aderir aos pactos envolve muitos aspectos (MACHADO *et al*, 2009), dentre os quais decisão política e a existência de recursos humanos capacitados e comprometidos com essa pactuação, podemos verificar que FSA se aproxima de tal condição na medida em que se revelou a vontade política da equipe gestora do município (Prefeitura e SMS) em aderir ao Pacto de Gestão.

O segundo aspecto refere-se à utilização do espaço do CGMR de FSA como mecanismo de cooperação com o estado e os municípios pactuados, onde tem se “identificado os problemas, definidas as prioridades e pactuadas as soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde” (COSTA, PEDROSA E DARON, 2009, p. 85). Embora tenha enfrentado dificuldades como a falta de quórum em algumas reuniões programadas, as atas revelaram a inclusão de pontos importantes na discussão e decisão acerca da gestão e da implantação de medidas para o aperfeiçoamento da atenção à saúde da

população dos municípios membros do colegiado, bem como a utilização deste espaço no processo de construção da Programação Pactuada e Integrada de 2010.

Com os esforços do município e do estado na sensibilização dos gestores sobre a importância deste espaço de gestão, a médio prazo, o CGMR de FSA poderá evitar a atomização dos sistemas de saúde municipais da microrregião, e fortalecer o poder de pactuação entre os municípios e o estado a fim de estruturar a rede de serviços de saúde, resolver os problemas operacionais, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e assim reduzir as iniquidades regionais e estaduais, no que diz respeito às ações e serviços em saúde (FADEL *et al*, 2009).

O terceiro aspecto que revela a aproximação ao pólo dinamizador está nas iniciativas adotadas pela equipe gestora da SMS/FSA para a avaliação das metas pactuadas. Ainda em processo de implantação e de forma pontual, as práticas avaliativas do sistema de saúde de FSA, não diferente da maioria dos municípios, continuam sendo um desafio para instrumentalizar as práticas e os processos decisórios de gerência e de gestão (SOUZA, 2003). As entrevistas revelaram que alguns setores da SMS/FSA, a exemplo da Diretoria de Média e Alta Complexidade, a Central de Regulação e o SAMU tem utilizado indicadores de monitoramento e desempenho e que outras estratégias de avaliação, como reuniões e oficinas, têm sido realizadas com o intuito de avaliar as ações e serviços de saúde na rede pública e conveniada do município.

Ainda nessa perspectiva, cabe destacar as iniciativas adotadas em FSA na área da ouvidoria, sistema que pode ser bastante útil para fornecer informações que subsidiem o processo de avaliação, planejamento e execução das ações, de modo a refletir as necessidades e demandas da população e dos trabalhadores de saúde (VASCONCELLOS, 2003). Nesse sentido, o município de FSA adotou o sistema de ouvidoria, o qual tem sido utilizado pela população para reclamar e apresentar suas insatisfações, embora não tenha sido feita ainda uma divulgação maior para a população acerca do seu uso, bem como ainda não tenha se utilizado plenamente as informações disponíveis para subsidiar a avaliação da qualidade das ações prestadas à população.

Outro aspecto é a iniciativa adotada pelo município na ampliação do processo de participação e controle social a partir da implantação dos conselhos locais de saúde. Tal iniciativa, em parceria com a UEFS, através do PET-SAÚDE, resulta de uma convocatória da SMS para a população participar das decisões políticas e no processo de avaliação das práticas e serviços, de modo que uma maior inserção dos usuários neste espaço poderá

ampliar seu poder de intervenção na discussão e na articulação do processo político em saúde (CORREIA, S/D).

O quinto aspecto que aproxima o processo de implementação do Pacto de Gestão em FSA do pólo dinamizador revela-se na meta pactuada para o ano de 2011 sobre a realização de concurso público para os trabalhadores da saúde e os esforços para o desenvolvimento do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV). Por enquanto, os achados evidenciam que o quadro de trabalhadores da SMS de FSA se caracteriza pelas diferentes formas de contrato e vínculos empregatícios, que culmina com a rotatividade dos profissionais nos serviços e na descaracterização de serviços estratégicos para o modelo assistencial que se propõe.

É fato que a maioria dos municípios brasileiros tem utilizado outros meios, que não o concurso público, para o preenchimento de vagas do seu quadro pessoal. Tal situação segundo Antunes (1999) se deve, em grande parte, ao crescimento do Terceiro Setor, resultado da retração do mercado de trabalho industrial e da redução do setor de serviços. Este setor se fortaleceu como opção econômica, porque incorpora, com menor custo, os trabalhadores expulsos do mercado de trabalho produtivo, situação que reforça a adoção da “terceirização” como uma alternativa administrativa, também utilizada pelo sistema público. No caso de FSA, entretanto, a opção pela realização de concurso, pode, a médio e longo prazo, contribuir para a estabilização da gestão municipal, a depender de como venha a ser conduzido o processo de gestão do trabalho no município e na rede microrregional.

Diante dos aspectos que caracterizam as práticas de gestão no âmbito municipal e que limitam o processo de implementação de um “pacto dinamizador”, trazemos como desafios para a implementação do Pacto de Gestão em FSA, a participação de todos os envolvidos no processo político e a responsabilização da equipe gestora, técnicos e população na identificação dos problemas no território bem como a criação de mecanismos que promovam a gestão solidária e cooperativa para a resolução dos problemas de saúde. Estes desafios corroboram com a análise feita por Machado *et al* (2009) segundo o qual o desafio para a implementação do Pacto de Gestão é atender aos seguintes pressupostos: “subsidiariedade” (que deve considerar as possibilidades dos gestores de assumirem responsabilidades pela execução de ações que podem ser resolvidas em seu âmbito); “cooperação” (criação de mecanismos institucionais que promovam a articulação e a pactuação para o desenvolvimento das ações e serviços de natureza regional, inclusive co-financiamento); “coesão regional” (reconhecimento que a ação regional deriva de um processo político com a participação de todos os envolvidos no processo); “responsabilização” (estabelecimento de compromissos

entre os gestores na busca da resolutividade dos problemas de saúde); e “territorialização” (pactuação de territórios levando em consideração as peculiaridades locais e as regiões de saúde). Assim, cabe ao município de FSA o atendimento a tais pressupostos com o fim de fazer “uso do pacto de maneira dinamizadora” (BRANCO, 2008), enfatizando-se a participação da população e das instâncias representativas do SUS sustentadas pelas relações dialógicas, solidárias e cooperativas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso estudado ilustra os esforços e limites enfrentados pelos dirigentes e técnicos da SMS na implementação de uma política nacional em uma realidade municipal. Sabendo da diversidade em que se dá o processo de implantação das políticas de saúde nos diferentes municípios brasileiros, abre-se o questionamento acerca das relações entre os níveis federativos, as políticas de saúde propostas e as peculiaridades da implantação em realidades locais.

Embora a administração municipal de FSA tenha sido favorável ao processo de implantação do Pacto de Gestão, o desenvolvimento das práticas no âmbito da SMS tem atendido aos compromissos e metas pactuadas no TCGM, com o envolvimento ainda incipiente da sociedade civil e da população em geral, além da relação pouco solidária com o estado e com a esfera federal. Desse modo, o processo de implementação da política de gestão do SUS no caso estudado caracteriza-se pelo que Medina, Aquino e Carvalho (2000) consideram como “pólo burocrático” do processo de pactuação no âmbito do SUS, de modo que a racionalidade técnica e normativa da SMS e especialmente a cultura política prevalente no município limitam o caráter potencialmente “dinamizador” do Pacto de Gestão.

A condição para transitar do pólo burocrático para o pólo dinamizador que se pretende, inclui o direcionamento de esforços para superar a fragmentação dos processos e aumentar a efetividade da administração pública subsidiado pelo envolvimento de gestores, parlamentares, sociedade civil e população em geral, bem como o desenvolvimento de práticas solidárias e cooperativas entre as instâncias de governo como meio para garantir a realização das responsabilidades macro e micro-sanitárias dos gestores e caracterizar um processo político com tendência a reafirmar o SUS como uma política de Estado.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Bomtempo, 1999.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, abr-jun, 2004.

_____. Federalismo e Relações intergovernamentais no Brasil: A Reforma de Programas Sociais. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, 2002.

ASSIS, E. *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl. 1, jan-mar, 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **PDR-BA 2008**. Plano Diretor de Regionalização 2008. Disponível em: www.saude.ba.gov.br/mapabahia/PDR_POP-2007, acesso em 16 set. 2008.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2009**. Salvador: Sesab, v. I, 2010, 339 p. Disponível em: www.sesab.com.br, acesso em: 09 jul. 2010.

BARROS, T.; PRATES, M. **O estilo brasileiro de administrar**. São Paulo: Atlas, 1996.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no Pós-Constituinte**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes Executivo e Legislativo no Brasil [tese]. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2003.

BRANCO, M. A. F. Dos Pactos Políticos à política dos Pactos na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 0257/2008. Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos, acesso em: 21 dez. 2008.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 5 de outubro de 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 143 p. mapas, tab, graf. (Série B. Textos básicos de saúde).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Bioética. v. 4, n. 2, 1996, p.15-25.

_____. _____. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, v. 1, 2006.

_____. _____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde / NOAS 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **Portaria nº 699/GM**, de 30 de março de 2006. Disponível em: www.saude.gov.br/sispacto, acesso em 25 nov. 2008a.

_____. _____. **Portaria nº. 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008, publicada no DOU nº. 36, de 22 de fevereiro de 2008. Disponível em: www.saude.gov.br/sispacto, acesso em 25 nov. 2008b.

_____. _____. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: MS, v.2, 2006b.

_____. _____. **Sispacto**. Disponível em: www.saude.gov.br/sispacto, acesso em 15 abr. 2010.

_____. **Política Nacional de Humanização**: Documento Base. 3. ed. Brasília, 2007.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Pactos políticos: do populismo à redemocratização. In: BRANCO, M. A. F. Dos Pactos Políticos à política dos Pactos na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 0257/2008. Disponível em: www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos, acesso em: 21 dez 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 41-65, jun, 2004.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional, S/D, 29 p.

COSTA, A. M.; PEDROSA, J. I.; DARON, V. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. In: BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Curso de Qualificação para a Gestão Regionalizada do SUS-BA**. Módulo III. Guia de orientações aos Educandos (as). Salvador, 2009, p. 64-100.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços

em saúde no Brasil **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar-apr, 2009.

FEIRA DE SANTANA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**. Feira de Santana: SMS, 2006.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2007**. Feira de Santana: SMS, 2008.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2008**. Feira de Santana: SMS, 2009.

_____. _____. **Relatório de Gestão 2009**. Feira de Santana: SMS, 2010.

_____. _____. **Termo de Compromisso de Gestão Municipal**. Feira de Santana: SMS, 2007.

HARADA, J.; FURTADO, L. A. C. Experiência exitosa da regionalização e da implantação da equipe matricial de apoio. **Divulgação Saúde Debate**, (44): 100-112, maio, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico. Cidades @**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 24 dez. 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. **Revista Brasileira Ciências Sociais**, São Paulo, v. 24, n. 71, out, 2009.

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009;11(1):181-187. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

MATUS, C. **Estratégias políticas**. Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi. Trad. Giselda Barroso. São Paulo: Fundap, 1996.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação Saúde em Debate**, n. 21, p. 15-28, 2000.

MENDES, A. *et al.* Gestão administrativa e financeira na área da saúde. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. e orgs. **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: Edusp, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, M. H. C. B. Pactos de Gestão: divisão de responsabilidades entre estados e municípios na descentralização. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 59-92.

PAIM, J. S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC/UFBA, 2002.

PERON, C. **Auditoria e Pacto de Gestão**: Perspectivas e desafios. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, p. 1-16, v. 3, nº. 3, 2009. Disponível em: <http://www.uningranrio.edu.br>, acesso em: 15 dez. 2009.

REGIMENTO INTERNO DO COLEGIADO DE GESTÃO MICRORREGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. No prelo, disponível pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, em junho de 2010.

RIBEIRO, M. S. *et al.* A rede de apoio ao SUS em Mato Grosso: uma estratégia para o fortalecimento do papel do município na regionalização e implementação do Pacto pela Saúde. **Divulgação Saúde Debate**, (44): 62-73, maio, 2009.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, dez, 2008.

SCHMIDT, J. P. **Cultura, democracia e desenvolvimento**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2001.

SILVA, S. F.; DOBASHI, B. F. Um novo pacto no SUS. **Divulgação Saúde Debate**, (34): 9-17, maio, 2006.

SILVA, S. F. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. **Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, São Paulo: IDISA, CONASEMS, 2008a, p. 117-136.

_____. Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S. F.(org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, São Paulo: IDISA, CONASEMS, 2008b, p. 151-201.

SILVA, S. F.; SOUTO JÚNIOR, J. V.; BRÊTAS JÚNIOR, N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. In: SILVA, S. F.(org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, São Paulo: IDISA, CONASEMS, 2008, p. 103-115.

SOUZA, R. R. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de Responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 15-58.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 30(2), p. 332-348, jul.-dez, 2006.

SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 193.

SOUZA, H. M. Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa de saúde da família: um estudo de caso em estado selecionado. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 201-248.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, 306 p.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. 160 p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado – da Universidade de Santa Cruz do Sul, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional. Santa Cruz do Sul, 2004.

TOFANI, L. F. N.; CARPINTÉRO, M. C. C.; BRUNO, V. R. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. **Saúde Sociedade**, 18(supl.1): 22-25, jan.-mar. 2009.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(4), p. 893-902, jul.-ago, 2007.

VASCONCELLOS, A. M. M. Uma análise do processo de implantação dos centros de referência para o tratamento da retinopatia diabética na rede de serviços do Sistema Único de Saúde do Brasil em 2000/2001. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003, p. 317-354.

WIKIPÉDIA. **José Ronaldo de Carvalho**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki>. Acesso em 06 fev. 2011.

APÊNDICES



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

APÊNDICE A - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Nome: _____ Idade: _____
 Sexo: _____ Telefone: _____
 Escolaridade (ano de graduação e pós-graduação): _____
 Formação Profissional: _____
 Ocupação/Cargo: _____
 Tempo como gestor público da saúde: _____
 Experiências anteriores de gestão pública (discriminar tempo e cargo): _____
 Outra função que assume concomitante com a de gestor público da saúde: _____
 Partido político: _____
 Indicação para o cargo: _____

SOBRE AS RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO.

ENTREVISTADO (A): Secretário (a) Municipal de Saúde

- Como o município busca garantir a integralidade das ações de saúde? Quais os entraves e facilidades para a garantia de tais ações?
- Como são identificadas as necessidades de saúde da população? Estas necessidades são consideradas no processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada, monitoramento e avaliação? Sim () Não ()
- Quais as ações referentes à Política de Promoção da Saúde o município tem adotado?
- Como o município tem participado do financiamento do SUS?
- Você costuma participar das reuniões da Bipartite? Sim () Não ()
- Você considera que existe capacidade técnica e política para gerir o sistema de saúde municipal? Sim () Não ()
- Existem instrumentos de suporte à gestão? Sim () Não ()
- Que instrumentos de gestão você utiliza no desenvolvimento da sua função de gerir?
- Existe algum apoio à Gestão? Sim () Não ()
- Quais os principais problemas de gestão de sistema que você identifica?
- Como é a relação da Secretaria Municipal de Saúde com a Secretaria Estadual de Saúde e com as outras secretarias municipais?
- De que modo você se articula com os outros gestores para o desenvolvimento de suas atividades?
- Quais as facilidades para a implantação e implementação do Pacto de Gestão no seu

município?

- Que dificuldades você aponta para a implantação e implementação do Pacto de Gestão no seu município?

SOBRE A REGIONALIZAÇÃO.

ENTREVISTADO (A): Coordenador do Município

- O município oferece infra-estrutura (transporte e redes de comunicação) para permitir o trânsito de pessoas no município e entre os municípios da macro e microrregião? Sim () Não ()
- Como está organizada a rede de atenção à saúde?
- O município tem participado dos Colegiados de Gestão Regional? E tem cumprido suas obrigações técnicas e financeiras?

SOBRE O PLANEJAMENTO E A PROGRAMAÇÃO.

ENTREVISTADO (A): Chefe do Setor de Planejamento e Programação das Ações de Saúde

- Quais os instrumentos e metodologias o município utiliza para realizar o planejamento das ações de saúde?
- De que forma o município desenvolve o monitoramento e a avaliação da situação de saúde da população?
- O município tem promovido capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS municipal? Sim () Não ()
- De que modo o município tem monitorado e avaliado o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados?
- Como se dá o processo de construção do Plano Municipal de saúde? Quais os critérios utilizados para a definição de prioridades?
- Como se dá o processo de elaboração do Relatório de Gestão?
- Como os sistemas de informação têm sido utilizados para o processo de gestão, planejamento e programação?
- As informações e os resultados de suas análises têm sido divulgados de que forma?
- Quais as dificuldades que o município enfrenta para operar os sistemas de informação em saúde?

SOBRE A REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA.

ENTREVISTADO (A): Chefe da Divisão de Média e Alta Complexidade, Chefe da Divisão de Controle; Coordenador (a) das Policlínicas; Coordenador (a) da Auditoria; Coordenador (a) Geral da Central de Regulação e SAMU

- Como está organizado o acesso aos serviços e ações de saúde no seu município?
- O município adota protocolos de regulação de acesso? Sim () Não ()
- Quais estratégias o município tem adotado para o controle e a regulação do acesso aos serviços, ações e procedimentos de saúde (leitos, consultas, terapias e exames especializados)?
- Como é controlada a referência e a contra-referência dos munícipes na atenção à saúde?
- Quais os indicadores de desempenho utilizados pelo município para monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde?

- Existe no município protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e que são adotadas pelos profissionais da saúde? Sim () Não ()
- Como tem se dado o processo de contratualização dos prestadores de serviço?
- De que formas têm sido monitoradas e fiscalizadas os contratos e convênios para prestadores contratados, conveniados e unidades públicas? E quanto aos procedimentos realizados em cada estabelecimento de saúde? Os leitos e serviços ambulatoriais estão sob regulação?
- Quais os mecanismos de controle e regulação sobre os recursos financeiros que o gestor ou a equipe dirigente utiliza para a gestão da saúde?
- Como tem se realizado a auditoria no município?

SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO

ENTREVISTADO (A): Coordenador (a) do Setor Pessoal

- Qual (is) a (s) forma (s) de contratualização dos trabalhadores de saúde?
- Existe Plano de Carreiras, Cargos e Salários PCCS SUS no município? Sim () Não ()
- Quais as pretensões e iniciativas da atual gestão ou equipe gestora sobre a política de recursos humanos no SUS municipal?
- O que você acha das mesas de negociação? E qual a pretensão do município sobre isso?
- Como funcionam os sistemas de informação no município? E de que modo você acha que esse sistema tem subsidiado a tomada de decisão dos gestores?
- Os gestores e técnicos tem participado de cursos de qualificação na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde? Sim () Não ()
- Como o município tem participado do processo de qualificação de gestores e técnicos?
- Que diretrizes para política de educação e gestão do trabalho tem sido usada para favorecer o provimento e fixação de trabalhadores de saúde?

SOBRE A EDUCAÇÃO NA SAÚDE

ENTREVISTADO (A): Coordenador (a) do Programa de Educação Permanente e Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde

- Qual (is) estratégia (s) os gestores têm utilizado para a execução da política de educação permanente em saúde?
- Quais ações de educação permanente o município tem promovido?
- Quais as dificuldades encontradas para a execução da política de educação permanente em saúde?
- Como tem sido a articulação do município com as instituições de ensino (universidades, escolas técnicas de saúde)?
- O município recebe cooperação técnica de outra instituição? Sim () Não ()
- O município apóia a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais da saúde? Sim () Não ()
- De que forma o município tem incentivado a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS para os trabalhadores e população em geral?

SOBRE A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL

ENTREVISTADO (A): Coordenador (a) do Programa de Educação Permanente e Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde

- Como o município tem se organizado na provisão de recursos (material, técnico, administrativo) e condições necessárias para o exercício do controle social (conselhos, conferências e movimentos sociais)? E quais as suas principais dificuldades?
- Como o município tem estimulado a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde?
- O município tem promovido ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à população em geral? Sim () Não ()
- Quando foi implantada a ouvidoria municipal? Como tem funcionado?

SOBRE LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PACTO DE GESTÃO

ENTREVISTADOS (AS): Todos os participantes

- Quais as facilidades para a implantação e implementação do Pacto de Gestão no seu município?
- Que dificuldades você aponta para a implantação e implementação do Pacto de Gestão no seu município?



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este projeto de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, da autoria de Mariluce Karla Bomfim de Souza, e sob orientação da Prof^a. Carmem Fontes Teixeira tem por objetivo analisar os limites e as possibilidades para a implantação e implementação do Pacto de Gestão em um município-caso baiano.

Procedimentos: A coleta dos dados implicará na análise de documentos institucionais, observação e entrevistas semi-estruturadas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade de pesquisa. As informações obtidas serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de relatório de pesquisa. Para fins acadêmicos, os resultados serão divulgados sob a forma de artigos científicos através de periódicos.

Mediante o consentimento da (o) entrevistada (o) a entrevista será gravada em fita de áudio. Após a entrevista poderá solicitar para ouvir a fita e retirar e/ou acrescentar quaisquer informação. O material da gravação será arquivado pelas pesquisadoras por um período de cinco anos e após esse período será destruído (queimado). As pesquisadoras asseguram o anonimato das (os) entrevistadas (os), isto é, ninguém saberá que foi você que deu a entrevista, buscando respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural. A (o) entrevistada (o) poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos. As (os) entrevistadas (os) não serão remuneradas pela participação deste estudo.

No momento que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (71) 3283. 7409, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Doutorado em Saúde Pública

DECLARAÇÃO

Eu, _____, acredito ter sido suficientemente informada (o) a respeito da pesquisa sobre a análise do processo de gestão municipal e identificação dos limites e possibilidades para a implantação e implementação do Pacto de Gestão em um município-caso baiano. Discuti com a pesquisadora responsável Mariluce Karla Bomfim de Souza, sobre minha decisão de participar da referida investigação.

Ficaram claros para mim sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não terei nenhuma despesa.

Concordo voluntariamente em consentir minha participação nesta pesquisa, sabendo que a qualquer momento poderei retirar o meu consentimento, antes ou depois, sem penalidades ou prejuízos.

_____, _____, de _____, de _____.

Assinatura do informante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido desta (e) informante para a sua participação neste estudo.

Mariluce Karla Bomfim de Souza
Pesquisadora responsável

APÊNDICE C - QUADROS, MATRIZES E TABELA

QUADRO1: Matriz de Análise

Limites e possibilidades	Convergências	Divergências	Diferenças	Complementaridades	Síntese Horizontal
Entrevistado					
Entrevistado 01					
Entrevistado 02					
Entrevistado 03					
Síntese vertical					

Fonte: Adaptação de Assis (2005).

TABELA 1: Número de pessoas acompanhadas pela EACS/ESF, por sexo, Feira de Santana-Ba, 2000 - 2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº. de pessoas acompanhadas	302.255	319.019	369.267	369.209	357.132	371.640	452911	454.991	461.997	537.263

Fonte: Relatório de Gestão 2009.

TABELA 2: Municípios e população que faz parte da Microrregião de Feira de Santana, Macrorregião Centro-Leste, Bahia, Brasil, 2007.

Macrorregião	Microrregião	Municípios	População*
Centro-Leste	Feira de Santana	28	1.077.684
		Amélia Rodrigues	22.096
		Anguera	1 9.523
		Antônio Cardoso	12.074
		Baixa Grande	20.980
		Candeal	1 9.019
		Capela do Alto Alegre	1 12.311
		Conceição do Jacuípe	1 27.522
		Coração de Maria	23.161
		Feira de Santana (D)	571.997

	Gavião	1 4.444
	Ichu	5.881
	Ipecaetá	1 16.055
	Ipirá	60.043
	Irará	1 25.012
	Mundo Novo (D)	1 23.822
	Nova Fátima	1 7.674
	Pé de Serra	1 14.160
	Pintadas	10.551
	Rafael Jambeiro	23.107
	Riachão do Jacuípe	32.522
	Santa Bárbara	19.440
	Santanópolis	9.199
	Santo Estêvão	44.532
	São Gonçalo dos Campos	1 29.205
	Serra Preta	15.149
	Tanquinho	7.589
	Teodoro Sampaio	8.306
	Terra Nova	12.310

Fonte: SESAB/SUREGS/DIPRO. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. Resolução CIB: nº 132 de 20/09/2007 e nº 57 de 27/03/2008.

*População 2007 - Resolução IBGE nº 5, de 28/08/07-DOU de 05/10/07.

(D) sede de Dires.

QUADRO 2: Distribuição do quantitativo de deslocamentos realizados para Salvador-Ba, 2008 e 2009.

	Quantidade 2008	Quantidade 2009
Viagens Agendadas	14.039	14.798
Viagens Realizadas	11.803	12.354

Fonte: Relatório de Gestão 2008, 2009.

QUADRO 3: Distribuição do Quantitativo de Profissionais da Saúde e Percentual de acordo com a Cobertura, por Tipo de Equipe, Feira de Santana-Ba, 2007, 2008 e 2009.

Tipo de Equipe/Ano	2007	%	2008	%	2009	%
ACS	803	100	991	100	993	100
EACS	24	24,2	25	27,0	32	35,85
ESF	76	59,2	83	56	83	57,76
ESB	21	39,2	30	54,8	32	32,34

Fonte: Relatórios de Gestão 2007, 2008 e 2009.

TABELA 3: Tipo de Agendamentos Realizados pela Central Municipal de Regulação, Feira de Santana- BA, 2007, 2008 e 2009.

Tipos de agendamentos	Quantidade de 2007	Quantidade de 2008	Quantidade de 2009
Apoio Diagnóstico	286.321	238.734	203.589
Especialidades	120.331	135.308	110.285
Exames Laboratoriais	69.509	52.139	29.963
Total	476.161	426.181	343.387

Fonte: Relatórios de Gestão 2007, 2008 e 2009.

TABELA 4: Distribuição do quantitativo por tipo de atividades realizadas pelo Setor de Auditoria, Feira de Santana-Ba, Brasil, 2007, 2008, 2009.

Atividades	Qtd. Total 2007	Qtd. Total 2008	Qtd. Total 2009
Auditoria Operativa	70	59	75
Auditoria Especial (Apuração de Denúncias)	37	44	32
Parecer em Auditoria (outros departamentos da SMS: Ouvidoria, Diretoria de Atenção à Saúde, Divisão Médica, outros)	16	07	08
Solicitação de reconsideração	03	01	03
TOTAL	126	111	118

Fonte: Relatórios de Gestão 2007; 2008; 2009.

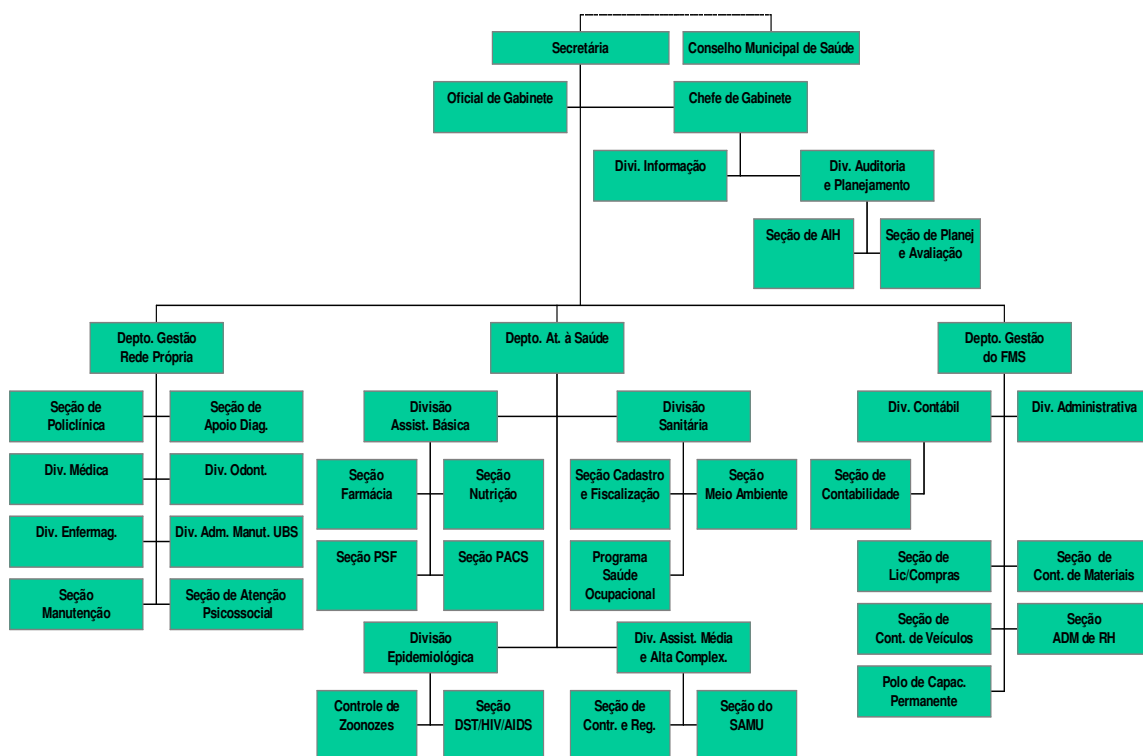
TABELA 5: Número de queixas prestadas por tipo no setor ouvidoria, Feira de Santana-Ba, 2007*, 2008, jan-nov. 2009.

Tipo	Nº de Queixas 2008	Nº de Queixas 2009
Ouvidor SUS	79	71
Presenciais	195	273
Total	274	344

Fonte: Relatório de Gestão, 2009.

* Não foram apresentados dados referentes ao ano de 2007, pois no Relatório de Gestão deste ano, consta a informação geral de que foram feitas 116 queixas, sem discriminação quanto ao tipo.

ANEXOS

ANEXO A - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FEIRA DE SANTANAORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATUAL*

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2006-2009.

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 018-09 / CEP-ISC

Registro CEP: 018-09/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "A gestão do SUS no âmbito municipal."

Pesquisador Responsável: Mariluce Karla Bomfim de Souza

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 30 de junho de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 01 de julho de 2009.

Leny Alves Bomfim Trad
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Instituto de Saúde Coletiva
 Universidade Federal da Bahia

ANEXO C - RESULTADOS ALCANÇADOS DOS INDICADORES PACTUADOS DE 2004 - 2009 E METAS PACTUADAS 2010 E 2011, FEIRA DE SANTANA E BAHIA, BRASIL.

Indicadores	Resultado 2004*	Resultado 2005	Resultado 2006	Resultado 2007#	Resultado 2008	Resultado 2009	Meta Pactuada 2010	Meta Pactuada 2011
Proporção da receita própria aplicada em Saúde conforme previsto na Regulamentação da EC 29/2000			18,25	22,85	19,81	25,28		
Estado da Bahia			12	12,71	12,77			
Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS, nos Estados e Municípios			100	100	100	100		
Estado da Bahia			-	2	64,00			
Índice de alimentação regular das bases de dados nacionais SIA-SUS, SIH-SUS, CNES, SIAB			100	100	100	100	100	100
Estado da Bahia			-	100	100			
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde			75					
Estado da Bahia			75					
Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais dos Municípios prioritários, definidos em 2009							100	100
Estado da Bahia								
Proporção da população coberta/cadastrada pela Equipe Saúde da Família	47,4	49,9	58,58	59,27	56,14	57,18	62,60	65
Estado da Bahia			44,8	51,90	50,74			
Cobertura vacinal por Tetravalente em menores de um ano de idade	-	-	93,54	98,44	88,49	91	95	95
Estado da Bahia			95	99,3	101			
Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda - PFA em menores de 15 Anos			100	3	1,30	1,9		
Estado da Bahia			56	0,20	1,50			
Proporção de Doenças Exantemáticas investigadas			-	96,26	100	100		

adequadamente								
Estado da Bahia			-	89,70	89,36			
Proporção de casos notificados (DNC), encerrados oportunamente após notificação, exceto Dengue Clássico			75,8	77,00	82,00	74,26	75	75
Estado da Bahia			56,7	54,40	58,10			
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida. Obs. Manter maior ou igual a meta pactuada	87,2	80,8	84,54	89,24	92,93	91,46	91,50	92
Estado da Bahia			78,2	77,70	83,80			
Recurso financeiro (em reais) próprio dispendido na Atenção Básica				17.314,48 4,00	54.980,50 9,58	42.979,15 7,32		
Estado da Bahia				41.554,44 0,00	44.847,18 3,74			
Número de Profissionais de Saúde matriculados				não informado	não informado	-	-	-
Estado da Bahia				não informado	não informado			
Razão entre Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família	0,2	0,2	0,3	0,3	0,36	0,38		
Estado da Bahia								
Quantitativo de ACS com cargos/empregos públicos regularizados				803	942	993		
Estado da Bahia								
Percentual de realização das análises de Vigilância da Qualidade da Água, referente ao parâmetro coliformes totais							50	70
Estado da Bahia								

Fonte: Anexos do Relatório de Gestão 2008; SISPACTO 2007, 2008, 2009 e 2010.

Relatórios Municipais e Estaduais de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde - Prioridades e Objetivos, 2007, 2008, 2009 e 2010 (SISPACTO, 2010, acesso em 27.01.11.

*Município assume a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Município assina o Termo de Compromisso de Gestão e adere ao Pacto de Gestão.