



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

**SIMONE APARECIDA PASSOS**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL  
ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2012**



**SIMONE APARECIDA PASSOS**

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL  
ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva na Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde e linha de pesquisa: Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Josimari Telino de Lacerda, Dr<sup>a</sup>**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2012**

## **FICHA CATALOGRÁFICA**



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

**MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL  
ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**

**AUTORA: SIMONE APARECIDA PASSOS**

Essa dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de concentração: Planejamento e Avaliação de Sistemas, Programas e Serviços de Saúde.

Florianópolis, 29 de fevereiro de 2012.

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres  
Coordenadora da PPGSC/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Josimari Telino de Lacerda  
Presidente (orientadora)

---

Prof. Dr. Jefferson Luiz Traebert  
Membro Externo

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Natal.  
Membro Interno

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Calvo  
Membro Interno



**“Saúde é um direito do brasileiro e um dever do Estado. Estado supõe um território, supõe um povo e supõe um governo. Estamos falando de uma nação, que tem um território, e dentro dele tem um povo. E um povo, que pretende ter um governo que represente seus interesses. E, portanto, é a esse Estado que cabe garantir o direito à saúde do seu povo. E esse projeto deve ser um resultado, construído, desejado, montado e inventado pela sociedade brasileira”.**

(Sérgio Arouca, na 8ª Conferência Nacional de Saúde).





## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhotes e ao meu companheiro Cristiano pela paciência diante dos momentos em que me dediquei a esse trabalho;

À minha mãe pelo orgulho que sentia me incentivando sempre.

À minha orientadora *Josimari Telino de Lacerda*, pela paciência e apoio nos muitos momentos de aprendizagem e dúvidas durante toda a trajetória; e por ter me oportunizado vivenciar as experiências desta pesquisa e do Mestrado.

Às companheiras de percurso: Damark, Fernandas, Manoela, Suelem.

Aos professores Sérgio Freitas, Cristina Calvo e Sônia Natal, por suas contribuições.

Aos demais professores do Mestrado em Saúde Coletiva, assim como aos membros das bancas de qualificação do projeto e defesa da dissertação.

Aos meus amigos Paulo Barbato e Andréia de Oliveira, inspiradores dessa trajetória.

À todos os especialistas que colaboraram com o resultado dessa pesquisa, participando das Oficinas de Consenso.

Aos *Municípios participantes*, que contribuíram com as informações para este estudo.

A Deus pelos momentos de luz.

A todos, meu muito OBRIGADO!



## RESUMO

À luz do conceito ampliado de saúde e dos princípios ideológicos e organizativos do SUS cabe ao gestor do sistema garantir o direito à saúde, redução de riscos e ampliação do acesso aos serviços. A forma de condução da gestão em saúde é determinante para o alcance destas responsabilidades. O Ministério da Saúde tem se empenhado desde 2003 na implementação de um Modelo de Gestão, que articule e mobilize diferentes sujeitos relacionados ao processo de determinação da saúde. Esta iniciativa, denominada PARTICIPASUS, objetiva a institucionalização e o fortalecimento de ações que promovam a formulação, deliberação e avaliação de políticas de saúde de forma coletiva e co-responsável. Reforça também a convicção de que a adoção de formas participativas na condução da gestão amplia sua qualidade e efetividade. Este estudo desenvolveu um modelo de avaliação da gestão municipal do SUS na ótica do Modelo de Gestão Estratégica e Participativa. Trata-se de uma pesquisa metodológica que utilizou referenciais teóricos relacionados a Teorias sobre Gestão, Modelo de Gestão Estratégica e Participativa; Legislação do SUS; Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa. O modelo proposto foi construído através de consulta à especialistas em oficinas com adoção de Técnicas de Consenso. O resultado foi uma Matriz composta de três dimensões que procuram refletir a necessidade de Participação nos processos de decisão, de articulação intra e inter setorial, e de informação e comunicação entre os atores envolvidos no processo saúde doença. A Matriz foi aplicada na Região de Saúde da Grande Florianópolis, com participação de 20 municípios. A amostra analisada indicou fragilidade em um indicador e dez medidas, que foram ajustados em nova pactuação entre especialistas. Os aspectos considerados para os ajustes obedeceram a critérios de aplicabilidade da Matriz em municípios de diferentes portes populacionais, disponibilidade, qualidade e validade dos dados, discriminabilidade e cobertura. Como produto obteve-se uma matriz com sete indicadores e vinte medidas, com potencial de aferir se o gestor municipal adota uma gestão estratégica e participativa, segundo orientação do Ministério da Saúde

**Palavras chaves:** Avaliação em saúde. Gestão em saúde. Avaliação da gestão. Gestão estratégica e participativa.



## ABSTRACT

In light of the broader concept of health and the ideological and organizational principles of the SUS is up to the system manager to ensure the right to health, risk reduction and increased access to services. The form-driven health management is crucial to the achievement of these responsibilities. The Health Ministry has been engaged since 2003 in the implementation of a Management Model, which articulate and mobilize different subjects related to the process of health determination. This initiative, called PARTICIPASUS, aims at the institutionalization and strengthening of actions leading to the formulation, determination and evaluation of health policies in a collective and co-responsible. It also reinforces the belief that the adoption of participatory forms of management in driving quality and increases its effectiveness. This study developed an evaluation model to determine the effectiveness of municipal management from the perspective of the Strategic Management Model and Participatory. This is a methodological study that used theoretical frameworks related to Theories of Management, Strategic Management Model and participatory; Legislation SUS; National Policy for Strategic and Participative Management. The proposed model was built through consultation with experts in workshops with adoption of Consensus Techniques. The result was a matrix composed of three dimensions that seek to reflect the need for participation in decision-making, the intra and inter sectoral, and information and communication between the actors involved in the health-disease process. The matrix was applied to the Health Region of Florianópolis, with participation of 20 municipalities. The sample indicated a weakness in indicator and ten measurements that were adjusted on a new agreement among experts. The aspects considered for adjustments obeyed applicability criteria of the Matrix in municipalities of different population sizes, availability, quality and validity of data, discriminatory and coverage. Product was obtained as a matrix with seven indicators and twenty measures, with the potential to assess whether the city manager adopts a strategic management and participatory, according to guidance from the Health Ministry.

**Keywords:** health assessment, health management, management assessment, strategic management and participatory.



## **LISTA DE SIGLAS**

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade  
PARTICIPASUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.  
SEGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde.





## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Proposta da Matriz Avaliativa (Pós Oficina de Consenso): Dimensões, Indicadores e Medidas.....	68
<b>Quadro 2</b>	Resultado Final Matriz Avaliativa.....	83
<b>Quadro 3</b>	Matriz de Julgamento.....	86

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Modelo Teórico da Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.....	75
<b>Figura 2</b>	Modelo Lógico da Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.....	79



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO AOS LEITORES.....</b>	<b>19</b>
<b>PARTE 1 - PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>27</b>
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 GESTÃO.....</b>	<b>29</b>
3.1.1 DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO E TEÓRICO DA CIÊNCIA ADMINISTRATIVA .....	30
<b>3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>35</b>
3.2.1 ÊNFASE NO PROCESSO PRODUTIVO – GESTÃO CENTRALIZADA.....	35
3.2.2 NECESSIDADE DE MUDANÇA.....	37
3.2.3 ALTERAÇÃO NA CONCEPÇÃO E OS NOVOS PROCESSOS DE GERIR SAÚDE.....	38
<b>3.3 GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: ENFOQUES ESTRATÉGICOS E PARTICIPATIVOS.....</b>	<b>40</b>
3.3.1 PROPOSTAS TEÓRICAS DE MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE COM ENFOQUE ESTRATÉGICO E PARTICIPATIVO.....	40
3.3.2 POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO SUS.....	48
3.3.2.1 PRESSUPOSTOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA.....	49
3.3.2.2 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS GESTORES MUNICIPAIS .....	52
3.3.3 GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NO BRASIL .....	53
<b>3.4 AVALIAÇÃO.....</b>	<b>57</b>

<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2 FASES DA PESQUISA.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2.1 SISTEMATIZAÇÃO DOS MODELOS TEÓRICO E LÓGICO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.2.2 DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ AVALIATIVA.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2.2.1 IDENTIFICAÇÃO DE DIMENSÕES E INDICADORES.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2.2.2 DEFINIÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA.....</b>	<b>66</b>
<b>4.2.2.3 APLICAÇÃO DO MATRIZ.....</b>	<b>70</b>
<b>4.2.2.4 DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS E ESCALA DE VALOR.....</b>	<b>72</b>
<b>4.3 IMPLICAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>73</b>
<b>5 RESULTADO.....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 MODELOS TEÓRICO.....</b>	<b>75</b>
<b>5.2 MODELO LÓGICO.....</b>	<b>78</b>
<b>5.3 MATRIZ AVALIATIVA.....</b>	<b>80</b>
<b>PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO.....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>290</b>

## **APRESENTAÇÃO AOS LEITORES**

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

Atendendo as normas do curso, o presente trabalho está apresentado em duas partes:

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



## **PARTE 1 - PROJETO DE PESQUISA**

### **MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL NA ÓTICA DA GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**





## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 é resultado de um processo de luta caracterizado por diversas formas de aliança e negociação entre os diferentes movimentos sociais, caracterizando-se por um processo estratégico e participativo. O foco dessa luta foi a mudança do modelo de atenção a saúde, marcado pela visão biologicista, curativista e pelo processo de gestão centralizado.

A Constituição Federal de 1988 aponta em seu artigo 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A atenção a saúde configura-se uma política social universal, onde a intersetorialidade é aspecto fundamental para a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde.

De forma a regulamentar o texto constitucional e alcançar seus objetivos, em 1990 foi aprovada a Lei nº. 8080 reforçando os princípios constitucionais do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; e Organizacionais: Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social (BRASIL, 2000; 1990a).

No período de 1991 a 2002 foram instituídas portarias que impulsionaram o processo de descentralização e municipalização da política de saúde, o objetivo era a construção de sistemas locais de saúde. Ao município cabia levantar suas necessidades, definir suas prioridades e articular com diversos atores e instâncias formas de alcance das mesmas, apresentando resultados em relação à saúde da população.

Esse movimento de reestruturação do sistema de saúde brasileiro parte do pressuposto de que saúde está relacionada a fatores determinantes e condicionantes, entre os quais figuram a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, onde os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Ou seja, o modo como a população vive e se organiza socialmente é fator determinante para a efetivação da saúde.

Nesse contexto as ações de saúde devem ser planejadas e executadas de acordo com a realidade e necessidade de determinada população, levando em consideração o conceito ampliado de saúde enquanto resultante das condições de vida da sociedade. Esse novo

modelo de atenção<sup>1</sup> tem como base o “Modelo de Determinação Social da Saúde” também chamado Paradigma de Produção Social da Saúde.

Nesse sentido, ser saudável não pode ser apenas não estar doente, no sentido tradicional. Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem o seu meio – ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência. (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 76)

Esse modelo se contrapõe às formas de gestão centralizadas, burocráticas, focalizadas, herança dos modelos de gestão defendidos pelo Regime de Ditadura Militar na década de 60, pela teoria administrativa no início do século XX, e pelo sistema capitalista ao longo do século XX.

De forma a atender esse novo pensar em saúde, e com a progressiva descentralização das responsabilidades pela execução das ações, e de aporte financeiro aos municípios, a gestão do SUS, ao longo do tempo tem sido aperfeiçoada através de diferentes mecanismos, onde a participação é princípio organizativo central (MILANI, 2008).

A participação na gestão do Sistema Único de Saúde inicialmente instituída na Constituição Federal de 1988, foi vetada na lei 8080/90 pelo Presidente Fernando Collor posteriormente aprovada na Lei 8142/90, que dispõe sobre como será organizado esse processo. Essa legislação criou dois mecanismos de participação institucionalizados em cada esfera de governo: os Conselhos de Saúde e as Conferências. Ambos são colegiados e paritários e devem formular, deliberar e avaliar a política de saúde.

Um dos desafios do SUS é a ampliação de outras formas de participação, com a inclusão de diferentes atores, propiciando apresentação de diferentes demandas e soluções para os problemas. O resultado é o alcance dos objetivos da política de saúde e sucesso da gestão.

---

<sup>1</sup> Modelo de atenção à saúde é definido como um “conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam numa determinada sociedade e num determinado momento histórico com o propósito de responder às demandas do campo da saúde” (VERDI; CAPONI, 2005, p. 83).

Nesse novo pensar em saúde, voltado para a determinação social não se admite mais o pensar em saúde centralizado. A descentralização das ações, e do processo de decisão passou a ser uma norma do sistema, juntamente com a participação da sociedade e a integração intersetorial. Essas estratégias ampliam a multiplicidade de visões, que indicam necessidades e refletem interesses variados propiciando maior integralidade da atenção, redução de desigualdades e riscos, e ampliação do acesso, o que contribui para a maximização dos resultados, melhorando a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde da população.

Em 2007 é criada a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), que reforça a descentralização, a integração intersetorial e a inclusão de diferentes formas de participação, considerando os interesses e necessidades dos diversos atores no processo de gestão do SUS, pautados pela co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos da Atenção em Saúde – um processo de co-deliberar (BRASIL, 2009a).

Essa política apresenta diretrizes e incentivo financeiro para fomentar a formulação e deliberação da política pública de saúde através de um processo participativo. Entendendo participação como a inclusão de diferentes atores em diferentes momentos do processo de gestão, constituindo espaços para formulação da política pública de saúde, através da articulação intra e intersetorial; da expressão de necessidades e prioridades, como também fiscalizando a qualidade dos serviços ou da aplicação do recurso público (MILANI, 2008).

Nesse novo contexto de gestão e diante das responsabilidades do município em apresentar resultados, cabe ao gestor articular estrategicamente o processo de decisão, tendo por base as diversas demandas dos contextos: Sócio-Político, Sanitário e Técnico-operacional. Essa articulação se dá em um processo de diálogo entre os atores, que através do consenso e pactuação, estabelecem a decisão em busca do alcance dos objetivos e da resolução dos problemas, num processo de co-responsabilização pela saúde.

Essas formas de gestão apostam no processo de forte articulação e negociação entre atores e na dispersão e compartilhamento de poder (RIVERA; ARTMAN, 2003; GUIZARDI, 2008).

Apesar da importância e dos aportes institucionais para a gestão estratégica e participativa, Goulart; Freitas (2008) e Lotufo; Miranda (2007) referem dificuldade na implementação dessa proposta. Dentre as dificuldades está a baixa capacidade da Gestão na administração de conflitos e interesses, o estabelecimento de relações ainda

verticalizadas, a formulação de diretrizes realizadas internamente por técnicos e assessores, os Conselhos de Saúde como espaço de referendar propostas já decididas, a centralização da decisão, a lógica de trabalho fragmentado e o pouco envolvimento de trabalhadores na discussão de saúde. Apontam ainda que a reorganização dos serviços de saúde não vem incorporando formas de gerência que dêem conta do novo pensar em saúde. Sugerem o questionamento sobre a eficácia da administração dos serviços.

Os referidos autores apresentam estudos importantes para a análise da gestão sob a ótica da participação, mas que pela característica descritiva, não permitem serem classificados como estudos de avaliação. A avaliação dessa abordagem torna-se importante, em se tratando de uma diretriz definida legalmente como política pública, que possui aporte financeiro e que vem de encontro à ideologia do Sistema Único de Saúde.

Esse trabalho teve como objetivo desenvolver um modelo de avaliação para a Gestão Municipal do SUS, na ótica da Proposta de Gestão Estratégica e Participativa, por entender se tratar de uma conduta fundamental para implementação e efetivação do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. A questão norteadora do estudo foi a seguinte: Qual o modelo avaliativo indicado para apresentar juízo de valor da gestão municipal do SUS na ótica da proposta de gestão estratégica e participativa?

Esta proposta de avaliação visa contribuir para o aperfeiçoamento da condução da gestão municipal com maior resolubilidade em suas propostas, e alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde, bem como proporcionar reflexão de gestores, conselheiros, técnicos, comunidade, atores do processo de gestão estratégica e participativa, sobre a participação no SUS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Desenvolver um modelo de avaliação da Gestão Municipal do SUS, na ótica da Gestão Estratégica e Participativa.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Sistematizar um Modelo Teórico e Lógico do objeto.
- Identificar dimensões, indicadores, medidas e parâmetros para composição de uma matriz avaliativa da Gestão Municipal do SUS, na ótica da Proposta de Gestão Estratégica e Participativa.
- Testar a aplicabilidade do modelo de avaliação.



### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para o desenvolvimento desta pesquisa realizou-se levantamento bibliográfico acerca de alguns temas para um conhecimento mais ampliado do objeto de estudo e instrumentalização para o desenvolvimento do trabalho. Este referencial constitui quatro blocos: **Gestão**, abordando o desenvolvimento teórico ao longo do século XX até os dias atuais; **Política Pública de Saúde**, abordando a lógica do seu surgimento, ressaltando aspectos históricos e as concepções de atenção e gestão ao longo da história; **Gestão em Saúde Pública**, apontando diretrizes teóricas e normativas contemporâneas e **Avaliação em Saúde** assinalando aspectos históricos, conceituais, metodológicos e seu uso na gestão em saúde.

#### 3.1 Gestão

Desde a antiguidade até os dias atuais observa-se a necessidade de organizar e de administrar ações e serviços. Desse modo diferentes formas de pensar gestão fazem parte da história da administração. A diversidade é resultado da influência dos contextos históricos, sociais e econômicos que perpassaram ao longo da história.

Chiavenato (1999) divide o mundo organizacional em três principais etapas por quais passou a teoria administrativa no século XX: **Era industrial clássica**, etapa inicial da industrialização, marcada pela estabilidade; **Era industrial neoclássica**, marcada pelo desenvolvimento da industrialização, iniciada após a segunda guerra mundial onde se destacam as grandes transformações e inovações e a **Era da informação**. Sem ainda um corpo de idéias formado, esta última é a era que atravessamos atualmente, caracterizada por intensas mudanças e inovações tecnológicas que influenciam no comportamento da sociedade e das organizações.

Estas etapas perpassam basicamente duas principais abordagens teóricas de modelo de gestão, a primeira baseada na Teoria Geral da Administração, mais especificamente nas teorias de administração científica e sistema burocrático; e a segunda em contraposição, fundamentada em teorias que reforçam práticas mais democráticas nos processos de gestão.

No próximo item será realizada uma revisão teórica do contexto histórico de desenvolvimento da ciência administrativa desde o início da Revolução Industrial até os dias atuais, pois essas abordagens apresentam importantes reflexos nos atuais processos de gestão.

### 3.1.1 Desenvolvimento Histórico e Teórico da Ciência Administrativa

A Revolução Industrial, com início aproximadamente no final do século XVIII, pode ser apontada como responsável pela transformação na cultura mundial e conseqüentemente na ciência da administração. Esta ciência surgiu em um contexto de discurso capitalista, em que o desenvolvimento econômico e a acumulação do capital eram enfoques principais. A atividade agrícola e as empresas domiciliares deram lugar ao surgimento de grandes empresas que aumentavam e concorriam entre si, exigindo uma administração sistematizada que se baseasse em um método científico (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

No final do Século XIX teve início a preocupação de estudar as organizações e a melhor forma de obter resultados, uma vez que seus desempenhos interferiam na economia.

Frederick Winslow Taylor foi um engenheiro norte-americano que introduziu o conceito da chamada Administração Científica revolucionando todo o sistema produtivo no começo do século XX e criando a base sobre a qual se desenvolveu a Teoria Geral da Administração, publicada em 1911 (KWASNICKA, 1995).

A preocupação de Taylor foi criar metodologias para que o tempo do trabalhador fosse aproveitado da melhor forma, produzindo mais e melhor. Um exemplo de suas criações foi o pagamento por peça produzida. Para o autor, o principal objetivo da administração foi: garantir eficiência na produção produzindo mais e melhor em menos tempo; promovendo a divisão de tarefas e a especialização das pessoas nessas tarefas, remunerando por produtividade. Todo processo administrativo ocorria sem a participação dos operários, o que inibia sua criatividade (KWASNICKA, 1995; LACOMBE; HEILBORN, 2003). Tal proposta de gestão também é chamada de modelo mecanicista, pois suas diretrizes se assemelham ao funcionamento de uma máquina (MAXIMIANO, 2000).

Outro importante colaborador para a teoria da administração científica foi Henry Ford que, com foco na atividade de fabricação de automóveis aplicou dois princípios a esse tipo de produção: a divisão do trabalho que favorece a especialização do trabalhador, que fica vinculado somente a uma tarefa fixa, e a produção em massa, fabricando grandes volumes de produtos não diferenciados (MAXIMIANO, 2000). Esses dois princípios se baseavam no conceito de que sendo os operários pouco instruídos, deveriam fazer sempre a mesma coisa de



modo que fossem treinados para produzir mais e melhor (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

Taylor e Ford construíram os Modelos de gestão denominados Taylorismo e Fordismo que se caracterizavam por alta desumanização do trabalho, pois suas lógicas são o trabalho mecânico, rápido, rotineiro e monótono. O objetivo principal era atingir a eficiência (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

Ainda no início do século XX, surgiu outra teoria com dois principais pensadores: Henri Fayol e Max Weber cuja ênfase referia-se à estrutura das organizações (CHIAVENATO, 1999).

Fayol e outros autores como Gulick, Urwick e Mooney estudaram a organização da empresa, voltando-se para os aspectos internos de relações e subordinações, preocupavam-se também com o papel do dirigente. Fayol foi o primeiro pensador a distinguir a administração como uma função separada das demais funções da empresa. Desse pensamento surgiu o aspecto piramidal e hierárquico da organização formal, com definição da autoridade e de responsabilidades dentro das organizações. Seus discursos baseavam-se também na instituição de regras para lidar com todos os aspectos administrativos (financeiro, técnico, contábil, de segurança) de uma organização, garantindo previsibilidade e controle (CHIAVENATO, 1999).

Fayol marcou a história da administração com a criação dos princípios gerais da administração: a divisão e especialização do trabalho entendida como uma atividade que aumentaria a eficiência; afirmando a autoridade do gerente de dar ordens; a disciplina dos empregados de obedecer e respeitar as regras e ordens; a unidade de comando, onde cada empregado deve se subordinar a apenas um supervisor; a subordinação dos interesses individuais aos gerais; a centralização da decisão; a cadeia escalar que representa a linha vertical de autoridade na organização, influenciando na forma de comunicação; a ordem, onde pessoas e materiais devem estar no lugar e hora certos; a estabilidade de pessoal, enfatizando que as pessoas deveriam permanecer o máximo na empresa para gerar eficiência; o espírito de equipe que cria harmonia e unidade de organização (CHIAVENATO, 1999).

Segundo Chiavenato (1999) a fase de Administração Científica se caracteriza como a teoria que enfatizou o estudo sobre execução das tarefas nas organizações.

Ainda neste mesmo pensamento de preocupação com a estrutura, Max Weber sociólogo e jurista alemão contribuiu com a teoria administrativa publicando na década de 20 seus estudos que chamou de

Tipo Ideal de Burocracia. Apontou de forma sintética pontos comuns à maioria das organizações da época. Seu objetivo não era teorizar e/ou normatizar, mas sim descrever o processo organizacional observado. Descrevia que as organizações caracterizavam-se por estruturas altamente burocráticas. Eram como máquinas totalmente impessoais, funcionando de acordo com regras, ignorando interesses pessoais. Caracterizavam-se também por limitar a autonomia, com excesso de regulamentação, ênfase na comunicação vertical, imitando o funcionamento de uma máquina. A centralização da autoridade e a observação obrigatória da hierarquia também foram características observadas pelo cientista nas organizações (MAXIMIANO, 2000).

Esse modelo enfatiza seis dimensões: a divisão do trabalho com alto grau de especialização e pessoas extremamente qualificadas que exercem funções rotineiras e bem definidas; hierarquia ascendente em forma de pirâmide e autoridade única e superior bem definida; obediência as normas, rotinas, regras e regulamentos que são bem definidos a fim de controlar as ações dos empregados; comunicações formalizadas através de documentos escritos; impessoalidade, enfatizando os cargos e não os empregados, de forma a não criar envolvimento pessoais assegurando a continuidade independente da rotatividade; criação de carreira com valorização da competência profissional. Essas dimensões garantiriam a disciplina e a previsibilidade do comportamento dos trabalhadores, o que colaborava na busca da máxima eficiência na organização. Foi um modelo muito utilizado nas organizações que funcionavam em um ambiente de poucas mudanças (CHIAVENATO, 1999).

Essas teorias deram ênfase aos aspectos técnicos como as tarefas, normas, estrutura organizacional, responsabilidade dos administradores e hierarquia nas organizações. As pessoas nas organizações não eram negligenciadas, mas eram tidas como recursos de produção. É importante ressaltar que Taylor já apontava que quem movimentava a organização eram os trabalhadores, assim teve início um pensamento que a organização não iria muito longe se as pessoas não fossem consideradas no processo de gestão das organizações (MAXIMIANO, 2000).

A teoria das Relações Humanas veio reafirmar essa visão e contribuir para a remodelagem dos modelos de gestão ao longo da história. Seu corpo teórico foi resultado das conclusões da experiência de Hawthorne na década de 30, onde a forma de tratamento da gerência com relação aos trabalhadores influencia no seu desempenho, portanto, quanto melhor o tratamento, melhor a desempenho. Concluiu também

que o trabalhador é determinado pela dinâmica do sistema social onde está inserido, sendo mais leal a ele que à administração (MAXIMIANO, 2000). Concluiu-se que a humanização e democratização das organizações deveriam ganhar destaque.

Os principais enfoques dessa teoria foram: tratar a organização como grupos de pessoas, dar ênfase as pessoas e aos grupos sociais, autoridade descentralizada e amigável; liberdade e autonomia do empregado; equalização do poder e confiança nas pessoas e em seus talentos (CHIAVENATO, 1999).

Esse novo enfoque deu lugar a um diferente pensar administrativo, desvalorizando aspectos da organização formal como disciplina, departamentalização, centralização e sobressaindo os conceitos de uma organização informal, baseada em enfoques como a liderança, comunicação, motivação e grupos sociais.

Todas essas teorias fazem parte de um período em que os sistemas organizacionais eram caracterizados por previsibilidade, estabilidade, certeza e pouca mudança, caracterizado por Chiavenato (1999) como a **Era Industrial Clássica**.

A Segunda Guerra Mundial e os reflexos sociais do enfoque capitalista marcaram uma nova etapa para o mundo da administração. Ocorreram importantes alterações sociais, culturais, econômicas e tecnológicas. A primeira fase da administração caracterizada pela norma e pela prescrição dá lugar a conceitos administrativos descritivos e explicativos, caracterizando a chamada **Era Industrial Neoclássica** (CHIAVENATO, 1999).

Nesta nova etapa surgiu, na década de 50, a Teoria Comportamental que redimensionou a Teoria das Relações Humanas, retomando alguns de seus aspectos com ênfase no comportamento grupal e organizacional. As contribuições dessa teoria trouxeram conceitos e discussões sobre motivação, liderança, comunicação, dinâmica de grupo, processo decisório, comportamento organizacional e estilos administrativos, que alteraram o caminhar da teoria administrativa, tornando-a mais humana e amigável (CHIAVENATO, 1999).

A Teoria dos Sistemas e a Teoria da Contingência também fazem parte da Era Neoclássica. Preocupavam-se com o ambiente entendido como um complexo contexto formado por outras organizações, que possuem forças diferentes que provocam mudanças (CHIAVENATO, 1999).

A Teoria dos Sistemas surgiu por volta da década de 60, entendia a organização como parte integrante de um ambiente que

interage e se relaciona com as demais partes, das quais é dependente para obter insumos e projetar produtos ou serviços. Segundo essa teoria a organização é um sistema aberto, formado por microsistemas que são, por exemplo, seus departamentos e/ou equipe técnica, que tem forte interação com o contexto externo. Segundo essa teoria as organizações devem ser estudadas em sua totalidade, e não em partes como acontecia na era clássica da administração, principalmente em função das suas peculiaridades e a necessidade de um propósito. Segundo Maximiano (2000) essa teoria é uma reorientação do pensamento e da visão do mundo nas organizações (MAXIMIANO, 2000).

A Teoria da Contingência surgiu após algumas pesquisas na década de 70 que apontaram que as organizações bem-sucedidas caracterizavam-se pela capacidade de adaptarem-se com agilidade às condições do ambiente do qual estão inseridas e das quais são dependentes. Das alterações ambientais é que se percebeu a necessidade de flexibilidade e renovação para alcançar seus objetivos. Essa teoria concluiu que as condições do ambiente é que causam alterações no interior das organizações. Assim Joan Woodward, em seus estudos, estimula os gestores a diagnosticar a situação antes das decisões (LACOMBE; HEILBORN, 2003). Diante dessa teoria, os princípios gerais da administração criados por Fayol já não faziam sentido, pois predispõe um ambiente nada estático e previsível, onde as organizações são consideradas em permanente processo de mudança e ajustamento ao ambiente.

Essa nova forma de pensar o enfoque da teoria administrativa voltado mais para fora que para dentro da organização, aponta que para se conhecer uma organização, deve-se compreender o contexto em que está inserida (CHIAVENATO, 1999). Em função dos diferentes contextos, segundo a Teoria da Contingência, não existe uma única maneira correta de montar uma estrutura organizacional como objetivava Fayol. A teoria ressalta a existência de várias alternativas, sendo que a melhor depende de cada caso, de cada contexto (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

As discussões atuais de modelos de gestão apontam ainda a necessidade de levar em consideração os contextos informais de uma organização. Ressaltam que além do que está posto nos organogramas existem os padrões de relacionamento e comportamento, as amizades os antagonismos, os interesses de determinado grupo social que acabam por impor regras sociais, muito além das regras formais já existentes que acabam por interferir no alcance dos resultados da organização (CHIAVENATO, 1999).

As principais teorias administrativas apresentadas desde o início do século XX até a os dias de hoje trazem importantes contribuições para o desenvolvimento da ciência administrativa na atualidade. Segundo Chiavenato (1999) a principal mudança foi que hoje o administrador não deve seguir regras ou modelos, mas sim saber diagnosticar e avaliar cada situação para decidir o que deve ser feito. Essa operacionalização se dá com análise do contexto e democratização (CAMPOS, 1998).

Os princípios da administração apresentados historicamente refletem nos modelos de gestão contemporâneos, tanto em organizações privadas quanto públicas. A principal interferência segundo Campos (1998) é que a Teoria Geral da Administração trouxe métodos científicos tidos como adequados para se organizar fábricas e empresas da época, que jamais pretenderam democratizar organizações, necessidade tão discutida atualmente nos processos de gestão.

## **3.2 Políticas de Saúde**

Devido sua característica singular de determinação social, a gestão da política de saúde exige modelos de gestão mais democráticos e participativos o que se configura um desafio, diante da lógica contextual em que surgiu de instituição do sistema capitalista e práticas neoliberais e frente aos reflexos dos modelos de gestão do início do século XX que na prática ainda resistem. Neste capítulo apresentar-se-á a política pública de saúde, sua lógica de instituição ao longo da história e a discussão atual de modelo de gestão das organizações públicas de saúde.

### **3.2.1 Ênfase no processo produtivo – Gestão centralizada**

O surgimento e as trajetórias da Política de Saúde no Brasil foram fortemente impulsionados pela necessidade de atender os problemas sociais que interferiam na produção e geração do lucro em plena expansão industrial no século XX. Temia-se que esses problemas pudessem representar impedimento ao desenvolvimento, além de darem margem ao surgimento de idéias socialistas. A intenção era a

manutenção da ordem social capitalista (GIOVANELLA, 1991; BRAVO, 2001).

Em função desse contexto, no Brasil no início do século XX, iniciaram-se algumas intervenções do Estado na área da Saúde Pública, primeiramente voltadas para ações sanitárias-campanhistas atingindo grande parte da população, geralmente através de serviços temporários. Centradas na teoria dos germes, a preocupação dessas ações era sanear os espaços de circulação do processo de produção. Neste contexto a atenção individual ficava por conta das famílias e acontecia na maioria das vezes de forma privada e com foco curativo, através do atendimento exclusivo do médico em seus consultórios ou em domicílio. A população que não podia pagar ficava aos cuidados das instituições de caridade (CASTANHEIRA, 1996).

Nesse sentido havia a necessidade de se ampliar as ações de intervenção na saúde, e a preocupação, na lógica econômica, foi contemplar principalmente os trabalhadores formais, que se caracterizavam sujeitos sociais importantes no então cenário político nacional, em virtude da importância dada à produção naquela época (BRAVO, 2001; CASTANHEIRA, 1996).

Observou-se, na década de 20, uma ampliação a atenção a saúde individual através da medicina ligada à previdência. Esse modelo de atenção permanecia com foco privatista e curativista, mas agora com acesso também dos trabalhadores assalariados. Paralelamente o Estado permanecia com as ações campanhistas, centralizando todo o processo de atenção e gestão dessas ações. A atenção à saúde seguia a lógica capitalista não sendo problematizada ou referida como determinada socialmente. O objetivo era garantir que o sistema produtivo estivesse protegido (BRAVO, 2001).

É possível observar que a saúde era tratada como política econômica e não social. Segundo Silva (1997), ambas as políticas são opostas uma vez que a segunda “confere primazia às necessidades sociais, enquanto a primeira busca mecanismos para assegurar a rentabilidade econômica dos negócios na economia e mercado” (p. 189).

As ações desse período vão ao encontro da forma de pensar a gestão da teoria administrativa clássica, se caracterizando principalmente pela centralização da gestão e ênfase no processo produtivo. Segundo Castanheiras (1996) as teorias administrativas utilizadas no setor privado no início do século XX, influenciaram e instrumentalizaram a organização do trabalho no setor público. O foco não era o trabalhador, mas sim produzir mecanismos para ampliar a qualidade e quantidade da produção.

### 3.2.2 Necessidade de mudança

Na década de 50, após a Segunda Guerra Mundial, o principal objetivo era o desenvolvimento dos países e os problemas sociais eram uma preocupação do Estado. Ampliou-se a participação estatal e o aumento da produtividade. As ações de seguridade social e de saneamento foram intensificadas. Foi uma época em que se assumiu a importância da dinâmica social na determinação da saúde, o que deu início a alterações na forma de entender a saúde, refletindo nos modelos de atenção e gestão dessa política (NUNES, 2006).

Surgiram críticas em relação ao modelo biomédico, e o projeto preventivista foi bastante discutido com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde. Destas discussões surgiu a preocupação com a perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão de trabalhos fora do hospital com envolvimento comunitário. A criação de departamentos de medicina social nas escolas e disciplinas que discutiam além da perspectiva clínica também foram ações que caracterizaram as alterações na forma de entender saúde nesse período (NUNES, 2006).

É interessante que, enquanto nesta época, nas ciências administrativas, discutiam-se ações mais humanizadas, na saúde havia uma preocupação com a perspectiva biopsicossocial do indivíduo, o que leva a observação da sintonia dos processos de gestão voltados à produção e os modelos de gestão das políticas sociais ao longo da história.

O projeto preventivista evidenciou os conceitos de multicausalidade, prevenção, promoção e processo saúde/doença. Iniciava-se uma discussão ampliada de saúde com base na inclusão do social, a qual teria reflexos no processo de formação médica, e com redefinição das responsabilidades dos profissionais (PAIM, 2008).

Essa proposta de visão mais ampliada durou até a década de 60 e foi interrompida pelos excessos ditatoriais do regime militar, caracterizado por forte centralização de poder e recursos. Neste período, por exemplo, a gestão de todo o modelo de atenção a saúde previdenciário foi centralizada pelo governo, com o financiamento sob responsabilidades de trabalhadores e empregadores (BRAVO, 2001).

Num contexto de repressão popular, de capitalismo crescente e gestão da política de saúde centralizada pelo governo, a desigualdade social no acesso a saúde chama atenção. A relação saúde e desenvolvimento entrou em pauta nas discussões de sanitaristas. Era necessário buscar estratégias para que a atenção em saúde fosse integral,

universal e posta de acordo com as necessidades específicas de cada população (BRAVO, 2001).

Como ocorreu na Europa desde o século XIX, aqui no Brasil no período de regime militar, alguns movimentos sociais iniciavam ações para alterar a forma de assistência à saúde, criticavam a burocratização e centralização do poder nas instituições e discutiam um modelo de desenvolvimento para o Brasil, baseado em ações mais democráticas. A intenção era criar Sistemas de Seguridade Social universais e democráticos (CAMPOS, 1998).

Da união de alguns desses movimentos surgiu o movimento de reforma sanitária e com ela, novas propostas de gestão e atenção. O intuito era retomar as discussões da década de 60 de alteração da concepção de saúde para uma visão mais ampliada do processo saúde-doença, integrando-a com outras políticas sociais; ter a saúde como um direito universal, promover integralidade e equidade através da descentralização e da participação social (BRASIL, 1986; ROS, 2006).

O Movimento de Medicina Comunitária que ocorreu na década de 70 também trouxe contribuições para a mudança propondo a integração de ações e dos serviços de saúde, como também da rede docente-assistencial. Apresentava ainda a necessidade de participação da comunidade e de regionalização dos serviços de saúde (PAIM, 2008).

As propostas discutidas na época passam a causar iniciativas políticas mais amplas, voltadas à integralidade (PAIM, 2008).

Neste contexto a saúde é entendida na lógica da determinação social. A participação na gestão torna-se ponto de pauta das discussões sobre saúde, pois o olhar sobre o processo saúde se daria de forma descentralizada e de acordo com as necessidades de determinado ator social.

Esse novo pensar contrapõe o antigo modelo de gestão centralizada e atenção focalizada que voltava suas ações basicamente aos trabalhadores em função da valorização do processo produtivo e da economia e desvalorização da sociedade. Essa concepção passa a conformar política social, exigindo novas formas de organizar a atenção à saúde.

### 3.2.3 Alteração na concepção e os novos processos de gerir saúde

Tais debates foram acentuados durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a qual se caracterizou por um momento de mobilização social muito forte, com ampla participação social. Foi um



momento de reivindicação de alteração de modelo de saúde que teve como base as discussões do Projeto da Reforma Sanitária, e que orientou as diretrizes que foram incluídas na Constituição de 1988, compondo o Sistema Único de Saúde - SUS (LACAZ; FLORIO, 2009).

O Sistema Único de Saúde deu à atenção a saúde o caráter público e de política social, objetivando segundo o texto constitucional, a redução do risco e ampliação do acesso através dos princípios instituídos na constituição: a Universalidade, a Integralidade e a Equidade (BRASIL, 1990c).

O alcance desse objetivo, através dos princípios instituídos, deve ocorrer através da intervenção sobre a dinâmica social no controle de riscos, o que geralmente ultrapassa as possibilidades e atribuições do setor de saúde, exigindo forte articulação entre os demais setores, num processo democrático e participativo (PAIM, 2008).

Essas transformações implicaram em mudanças ideológicas, políticas e gerenciais importantes. Dessa forma alguns princípios de organização desse sistema também são postos: Regionalização, Descentralização, Hierarquização e Participação Social.

Ao longo da história foram construídas estratégias para aperfeiçoar a gestão do SUS no alcance de seus princípios e sucesso da política de saúde no sentido de avançar nos processo de gestão e ultrapassar os modelos com ênfase econômica e características centralizadoras, burocráticas e mecanicistas, herdados dos modelos de gestão do início da Revolução Industrial e do período ditatorial.

Diante da compreensão dos determinantes de saúde, cabe à gestão do SUS, criar estratégias para encontrar caminhos para decisões efetivas às demandas de saúde postas pela sociedade, objetivando produzir saúde.

Campos (1998) aponta que no processo de implementação do SUS, algumas experiências foram implementadas de forma a ampliar a democracia, e alterar o funcionamento burocrático do Estado como: a descentralização do poder para os municípios e a formalização dos conselhos e conferências de saúde com 50% de participação de usuários. Essas medidas, segundo o referido autor, reduz a alienação dos trabalhadores e auxilia na produção de saúde.

A intenção é contrapor o uso dos dispositivos da Teoria Geral da Administração nos processos de gestão em saúde, principalmente por entendê-la como resultado da dinâmica social, e por se configurar política social universal, o que exige modelos democratizadores, que levem em consideração a subjetividade dos atores sociais, sua

autonomia e capacidade de pactuar compromissos com o outro (CAMPOS, 1998).

As alterações de concepções sobre saúde ao longo da história justificam a necessidade de aperfeiçoar os modelos de atenção e de gestão e as novas formas de pensar e agir em saúde (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 2002).

No próximo item a discussão será voltada às teorias de gestão que contrapõem as formas centralizadoras e burocratizadas, caracterizadas pela racionalidade econômica. Apresentar-se-ão modelos mais flexíveis que levem em consideração os diversos atores sociais envolvidos e o contexto em que se inserem.

### 3.3 Gestão em Saúde Pública: enfoques estratégicos e participativos.

Entendendo saúde como determinada socialmente e levando em consideração que para produzir saúde com base nos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, há necessidade de se analisar o contexto, as regras informais, considerar valores e interesses de indivíduos e coletivos. Neste sentido a participação torna-se estratégia fundamental nos processos de gestão.

Diante desse contexto a gestão em saúde necessita de modelos de gestão que dêem conta desses pressupostos.

Neste item serão discutidas algumas principais propostas teóricas de modelo de gestão que se ajustam a especificidade da política pública de saúde, sendo: a proposta de Planejamento Estratégico que introduz a necessidade da estratégia nos processos de gestão objetivando maior governabilidade, com destaque para a inclusão de diferentes atores no processo de gestão e a Teoria de Agir Comunicativo que discute a comunicação como importante estratégia nos processos de decisão, propiciando a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como verdadeiros compromissos pelos atores envolvidos.

#### 3.3.1 Propostas teóricas de modelos de gestão em saúde com enfoque estratégico e participativo.

As novas propostas de gestão se inspiram nos pressupostos da democracia deliberativa que impulsionaram a inclusão do outro na gestão. Essa racionalidade aponta para um novo sistema de fazer política, onde “a decisão não é mais exclusivamente governamental; [...] existe distribuição de poder no processo de decisão entre diversos atores; há um intenso processo de negociação e definição das regras

para a tomada de decisão; cria-se a necessidade de descentralizar as decisões e os recursos [...]” (MILANI, 2008, p. 558).

Carlos Matus, Mário Testa e Habermas foram importantes pensadores e construtores dessas perspectivas.

Mário Testa e Carlos Matus na década de 60 defenderam uma forma de planejar política de saúde que fosse além da planificação normativa e econômica. Ambos autores observavam a existência de planos sem execução, de leitura fragmentada, limitada e limitante da realidade que é complexa, cheia de conflitos e composta de atores com diferentes interesses à norma (GIOVANELLA, 1991).

Os autores propuseram uma nova forma de planificação na gestão que insere o político e o social nos tramites de discussão e decisão de propostas. Defendem um planejamento descentralizado, que considere os diferentes interesses, que não limite a realidade à norma e que entenda que o ato de planejar é de conflito e disputa de poder. Esse enfoque é chamado Planejamento Estratégico (GIOVANELLA, 1991). Esse pesamento difere-se bastante da estratégia de gestão utilizada na década de 20, que segundo Max Weber era de instituição de normas, visando a garantia da previsibilidade comportamental dos atores envolvidos (CHIAVENATO, 1999).

Neste trabalho, a referência a esses autores e às suas teorias de planificação, se justifica por considerar que planejar é alicerce da gestão e que suas teorias causaram grandes alterações nesses processos.

A Teoria de Planejamento Estratégico surgiu na América Latina na década de 60, contrapondo as formas de gestão que utilizavam o planejamento baseado na racionalidade da economia. Algumas intuições, como por exemplo a ONU, utilizavam da racionalidade econômica, justificada pela tentativa de promover o desenvolvimento e superação das diferenças econômicas entre os países latinos e os capitalistas centrais. O alcance do desenvolvimento significava incentivo à industrialização e modernização com ênfase no planejamento, baseado no cálculo econômico.

O planejamento foi então introduzido nesse contexto, e consequentemente os processos de gestão seguiram a mesma racionalidade – econômica, normativa e centralizadora (GIOVANELLA, 1991). Esse comportamento influenciado pelas teorias administrativas em vigor desde o início da revolução industrial, baseadas na máxima eficiência como forma de alcance dos resultados orientavam a gestão da organização ou políticas da época.

A ênfase na racionalidade econômica teve como consequência o agravamento de problemas sociais. Havia que se pensar em estratégias

para que os mesmos não interferissem no desenvolvimento e não abrissem portas ao socialismo. Neste contexto a questão saúde ganhou destaque. Algumas metas foram criadas e a necessidade de um método para fazer planos de gestão em saúde foi instituída. Em 1965 foi publicado o método Cendes/OPAS, com a participação de Mário Testa na elaboração e Carlos Matus na divulgação. O método, apesar de voltado para a saúde, pouco foi alterado com relação às características do planejamento econômico e baseado na norma. O objetivo era aumentar ganhos econômicos com a saúde e reduzir os custos da atenção, onde a prioridade se pautava a partir de uma análise custo-benefício (GIOVANELLA, 1991).

Essa forma de gestão não apresentou os resultados esperados. As maiores críticas foram que o método considerava apenas um ator dotado de poderes que planejava, realizava o diagnóstico e estabelecia prioridades, distante da realidade, caracterizado como um modelo tecnocrático. Esse modelo desconsiderava a variabilidade e complexidade da realidade, dos conflitos e dos diferentes interesses existentes. O método fracassou, pois era pouco efetivo para intervir nas questões sociais presentes (GIOVANELLA, 1991).

Matus e Testa iniciaram alguns questionamentos ao método. Era necessário alterar as formas de gestão, e o fator político, entendido como as relações de poder e de decisão, relações com o exterior e as relações sociais de produção, teria que ser incluído ao planejamento e conseqüentemente ao processo de gestão (GIOVANELLA, 1991).

Na década de 70 essa foi a proposta de Carlos Matus. Sua teoria apresentou a necessidade de coerência da eficácia econômica e política na formulação de estratégias de desenvolvimento. Propõe uma ampliação do planejamento com a inclusão dos múltiplos fatores em conflito no contexto dos problemas de saúde e a integração entre o econômico e político-social (MATUS, 1992).

Em seus trabalhos, Matus também dá ênfase à diferenciação de procedimentos normativos e estratégicos. O primeiro se baseia na imposição da norma para atingir um objetivo; o segundo se baseia no conhecimento da realidade e não na imposição sobre ela, levando em consideração que planejar deve se dar numa trajetória flexível sujeita a revisões de acordo com a situação ou o contexto. Segundo Matus a norma é uma categoria do necessário, e a estratégia a categoria do possível em função do necessário. Matus reflete que o necessário não será possível se não houver estratégia. Considera estratégia uma análise e um propósito para o futuro, integrando diferentes aspectos. Conceitua também como forma de encontrar caminhos para atingir um objetivo,

pois o trajeto é cheio de obstáculos entre os quais se incluem outros jogadores ou atores sociais, que perseguem objetivos diferentes e/ou conflitantes. A estratégia permite avaliar se uma política é viável para atingir aos objetivos, o que ele chama de análise da viabilidade (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1992; MATUS, 1996).

Para Matus cada ator tem um campo de observação da realidade que lhe admite ver algumas coisas e não outras. Esses diferentes postos de visão permitem uma explicação particular do objeto, não como ele é, mas como é visto, a partir de valores, ideologias e modelos teóricos individuais – o que torna os atores diferentes no seu modo de agir e explicar a realidade – justificando a necessidade da estratégia (MATUS, 1996). Esse pensamento se difere bastante da caracterização das organizações feita por Max Weber na década de 20, onde a gestão ignorava os interesses pessoais.

Matus preocupa-se com a capacidade de governo nos processos de gestão, justificando que a principal deficiência dos governos está na pobreza dos métodos de planejamento. Capacidade de governo para Matus é um “acervo de técnicas, métodos, destrezas, habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo, para conduzir o processo social a objetivos declarados”, o que o faz insistir na importância da estratégia para atingir a governabilidade (MATUS, 1997 apud LIMA, 2003, p. 09).

A compreensão da situação torna-se etapa importante no fortalecimento da capacidade de governo e aumento da governabilidade. A importância é dada na medida que procura relacionar problemas de saúde com problemas econômicos, educacionais ou sociais por exemplo. Isso permite que as relações de conflito e poder e os diferentes interesses em disputas sejam considerados no processo de gestão (MATUS, 1992). Essa intenção se justificava pela preocupação de antever se as propostas apontadas serão eficazes e politicamente viáveis. Todo esse agir é chamado de reflexão estratégica, que é um instrumento ao qual se recorre quando se necessita obter a cooperação de outro para o alcance de objetivos (MATUS, 1996).

Segundo Carlos Matus, torna-se estratégica a gestão que estabelece alianças e fomenta a participação, implementando instrumentos e espaços para tal, objetivando identificar as restrições e as facilidades que interferem no cumprimento da norma e no alcance dos objetivos da gestão e da política de saúde (LACERDA, MAGAJEWSKI, MACHADO, 2010).

Matus também é autor da Teoria Macroorganizacional entendida como um conjunto de sistemas Microorganizacionais,

operando em um espaço político-institucional, cada qual com relevante autonomia, sem a constituição de níveis hierárquicos, mas sim de relações paralelas entre si que podem ser de cooperação, mas também de conflito (MATUS, 1966 apud LIMA, 2003). Nesse tipo de relações se privilegia o diálogo, a negociação, a motivação pelo trabalho em comum, reconhecendo que o outro tem interesses legítimos tanto quanto os meus (MATUS, 1996).

A Gestão Municipal do SUS, objeto deste estudo, é formada por sistemas microorganizacionais. As unidades e serviços de saúde, o conjunto de técnicos, a sociedade, o legislativo são sistemas microorganizacionais, cada qual com seus objetivos e finalidades, e fazem parte de um sistema maior, macroorganizacional – o sistema de saúde. Compreender a ideologia, as vontades, necessidades e interesses desses microsistemas dá ao gestor maior capacidade de governo e esse entendimento se dá através da abertura a participação (MATUS, 1966 apud LIMA, 2003).

A principal preocupação de Matus, já que era membro do governo do Chile, foi com o alcance da governabilidade e métodos para tal. Por isso defendeu a inclusão das questões sócio políticas ao planejamento. Mário Testa também apresenta as mesmas críticas ao planejamento com enfoque econômico, mas como membro de movimentos sociais, sua preocupação central foi com o deslocamento do poder. Entendia que a raiz dos problemas de saúde eram determinadas na sociedade e que os grupos sociais devem ser incluídos à gestão e principalmente à decisão (TESTA, 1992).

A defesa de Testa era de que a planificação em saúde não deve acontecer de forma setorial e isolada do seu contexto social. A saúde, como determinada socialmente, exige que só a partir dessa consideração será possível alguma mudança social (TESTA, 1992).

Diante dessas reflexões Testa apresentou três tipos de diagnósticos necessários a identificação da situação para planificação: diagnóstico administrativo, estratégico e ideológico.

O Diagnóstico administrativo é voltado ao enfoque econômico e setorial, visualizando os recursos necessários para atingir os objetivos, analisando a estrutura populacional, o acesso da população aos serviços e a enfermidade (TESTA, 1992).

A inclusão do aspecto político na planificação em saúde caracteriza o diagnóstico estratégico. Nesta inclusão há que se considerar principalmente a questão do poder. O poder representa as várias forças sociais, que uma vez consideradas favorecem a participação de vários atores diversificando e legitimando o objetivo a

ser atingido. Para Testa o diagnóstico estratégico age como identificador das estruturas de poder na sociedade e no setor, quais sejam: *poder técnico*, baseado no conhecimento dos problemas, paradigmas e técnicas; *poder administrativo*, baseado na administração dos recursos; e *poder político*, equivalente ao poder de mobilizar grupos e população (TESTA, 1992).

A questão ideológica também foi uma preocupação de Testa. Aponta então o diagnóstico ideológico como forma de alcançar a legitimidade das propostas. A identificação das forças sociais e suas ideologias sobre o processo saúde doença, fazem parte dos enfoque estratégico de planificação em saúde defendido por Testa. (TESTA, 1992).

Esses diagnósticos contribuem para a criação e manutenção da viabilidade das propostas, que se darão também através de estratégias organizacionais democráticas e participativas, contribuindo para o deslocamento do poder. Para Testa pensar estrategicamente em saúde é a junção das informações dos três diagnósticos, que apontarão a realidade social. Essa junção também acumula poder para os grupos dominados e cria, segundo a posição de Habermas “uma estrutura de comunicação que devolve ao povo as ferramentas científicas necessárias para sua libertação” (TESTA, 1992, p. 104).

É importante ressaltar que Testa não trouxe um roteiro metodológico a ser implementado para um planejamento estratégico, mas sim aposta na implementação de um raciocínio estratégico como instrumento universal da política. Esse raciocínio é incentivado através de um processo de “comunicação libertadora, de formação de uma consciência sanitária (e social mais ampla), de apropriação progressiva de poder por parte do povo (o que supõe a formulação de um ‘consenso cultural’ superior capaz de se tornar hegemônico no nível social)” (TESTA, 1992, p. 44).

A Teoria de Planejamento Estratégico traz aspectos importantes para a democratização da gestão, pois objetiva alterações na distribuição do poder, favorecendo a inclusão para participação de diferentes atores. Por democratização da gestão, entende-se a participação direta de atores sociais com poder deliberativo, através de novos espaços sociais de interlocução, de forma a superar as desigualdades de poder decisório (LIMA, 2005).

Outra importante teoria que nos leva a pensar processos de gestão mais democráticos em saúde é a Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas, que representa uma vertente teórica que vem complementar a Teoria de Planejamento Estratégico.

Habermas (2003), diz que o agir comunicativo ocorre quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente alcançado comunicativamente.

Essa vertente apresenta fortes críticas à racionalidade instrumental adotada, por exemplo, nos processos de gestão durante a Revolução Industrial. Essa racionalidade define-se pela relação meios-fins, ou seja, pela organização de meios adequados para atingir determinados fins ou pela escolha entre alternativas estratégicas com vistas à consecução de objetivos. Uma importante característica dessa racionalidade que se contrapõe ao pensamento de Habermas é a comunicação vertical. Habermas é contra a adoção da racionalidade instrumental, em esferas de decisão, defendendo que outro tipo de racionalidade deveria imperar: a racionalidade comunicativa (GONÇALVES, 1999).

Na racionalidade comunicativa a interação entre as pessoas não é orientada por normas ou estratégias visando um fim ou a dominação do outro, mas acontecem de maneira cooperativa que visa o discurso na busca do entendimento, do consenso (HABERMAS, 1999).

Rivera e Artmann (2003) apontam que o Planejamento Estratégico é uma possibilidade de instituição de uma organização comunicante. Mas o Agir Comunicativo vai além dos modelos de gestão até aqui relatados, pois não se limita a escolha de um método para alcance de um fim, de um objetivo. Enquanto os modelos de gestão mecanicistas objetivam o alcance da eficiência, e o Planejamento Estratégico Situacional preocupa-se com a capacidade de governo e com um método para alcançá-la, a pretensão da organização comunicante é uma racionalidade ampliada na construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como verdadeiros compromissos. Isso perpassa uma mudança cultural, que não advém de capacitação ou treinamento por exemplo.

O Agir Comunicativo busca abrir oportunidades de entendimento de forma abrangente, como contraponto à inserção das racionalidades econômica e burocrática, que leva a perda da liberdade dos atores envolvidos. Habermas atribui a inserção dessa racionalidade na sociedade como causa principal das patologias da modernidade (REESE-SCHÄFER, 2008).

Nesta teoria, quem age comunicativo não pressupõe verdade absoluta sobre suas colocações, reconhece que seu discurso pode ser contestado, o que pressupõe a consideração do outro na comunicação (REESE-SCHÄFER, 2008).



Segundo Rivera e Artmann (2003) para gerir organizações de saúde é necessário aprimorar a necessidade de negociação e de comunicação. As organizações necessitam explicitar seus propósitos e estarem abertas, flexíveis para o contexto em que se encontram. A análise da cultura como componente da viabilidade, torna-se etapa essencial nos processo de gestão, como também o resgate da subjetividade, em processos de construção coletiva de projetos institucionais no campo da gestão.

Em relação aos métodos, Rivera e Artmann (2003) apontam que nas organizações de saúde, onde há relativa autonomia profissional, a introdução de sistemas pesados de gestão estratégica fica sem sentido e remete ao sistema burocrático e mecanicista. A demanda é a introdução de práticas de maneira informal que contenham a filosofia do espírito da gestão por compromissos. O aspecto de base desse enfoque de gestão é a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, o que representa um permanente desafio gerencial.

A proposta de organização comunicativa tem absorvido vários aspectos da Teoria de Planejamento Estratégico, mas com certa adaptação, tentando fugir da centralização das questões metodológicas, a fim de instituir que o método é um simples meio de uso dos sujeitos (RIVERA; ARTMANN, 2003).

Somando todas essas contribuições teóricas que apontam as diretrizes de um novo modelo de gestão, que considera os atores e seus poderes, demandas e autonomia; a complexidade dos vários contextos (interno e externo); e a necessidade de alcance dos objetivos, a participação torna-se estratégia fundamental no processo de gestão do Sistema Único de Saúde.

Pode-se afirmar, com base nas teorias apresentadas, que a dinâmica participativa caracteriza-se pela inclusão de diferentes atores que vinculam-se a diferentes contextos, cada qual movidos por demandas sociais, técnicas e/ou políticas. Essa composição exige da gestão articulação facilitando o diálogo e a identificação da presença de diversas lógicas, necessidades e interesses, objetivando o entendimento. Essas ações promovem também a análise da viabilidade e factibilidade das propostas apontadas, contribuindo para a qualificação da gestão e sua maior resolubilidade.

Esse contexto de encontro de atores diversos pode ser chamado de “arena política” – ou seja, “espaços conflituos [...] nos quais proposições, atores e grupos de interesse disputam a primazia de suas posições” (CÔRTEZ, 2009, p. 1627). É neste contexto que a deliberação da política de saúde deve ocorrer, de forma que haja um intenso

processo de comunicação e de pactuação de consensos, onde a gestão tem papel articulador de poderes e não a detenção única desse poder (RIVERA, 2003).

Essas perspectivas teóricas convergem para uma gestão de maior flexibilidade metodológica, com ênfase na integração e na comunicação para o entendimento, buscando legitimidade na construção de propostas pertinentes, caracterizando uma Gestão Estratégica e Participativa.

Como forma de aperfeiçoar a gestão dentro de toda a discussão realizada acima, em 2007 o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa através da Portaria n.º 3.027, de 26 de novembro de 2007, a qual é importante referencial normativo dessa pesquisa.

### 3.3.2 Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.

Diante da necessidade de efetivação do SUS; de construir ações que condigam com as necessidades dos usuários do sistema, e o alcance da equidade das ações; de estabelecer mecanismos de coresponsabilização do governo e da sociedade, para discutir ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – PARTICIPASUS, apresenta diretrizes para orientação de gestores, técnicos, conselheiros e comunidade. Essa política aponta diversos componentes para o fomento à formulação e deliberação da Política Pública de Saúde pela participação, como estratégia de reafirmar as propostas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a).

A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, considerando diferentes interesses e necessidades no processo de gestão do SUS. Esse processo se dá no desenvolvimento de ações estratégicas de análise local da Viabilidade (levar em consideração aspectos sociais e políticos) e da Factibilidade (considerar aspectos técnicos e administrativos) no processo de planejamento e deliberação das ações de saúde. Reunir esforços, conciliar interesses e visões muitas vezes antagônicos para atingir um objetivo é o desafio de se construir o Sistema Único de Saúde sob a égide da Gestão Participativa (BRASIL, 2009b).

Os desafios estão no sentido de propiciar a formulação e deliberação de políticas de saúde através da participação, pois envolve o desenvolvimento de práticas e mecanismos inovadores que efetivem esse objetivo. Nesse sentido a Política Nacional de Gestão Estratégica e

Participativa no SUS aponta algumas diretrizes e fomenta por meio de incentivo financeiro a implementação de suas propostas.

### 3.3.2.1 Pressupostos, Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa

Os pressupostos da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa foram fundamentados nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, nos artigos constitucionais e demais instrumentos legais que regulamentam o SUS. A 12ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em 2004 e teve como diretrizes gerais

“Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos” (BRASIL, 2009a, p.06).

Algumas de suas deliberações se traduziram nos princípios e diretrizes dessa política, como também nos componentes essenciais para sua efetivação.

O compromisso de consolidar a Reforma Sanitária Brasileira, que propunha uma alteração na compreensão de saúde, fundamentada no conceito ampliado de saúde, e na construção de um modelo de atenção a saúde alicerçado nas necessidades e demandas da população também é um dos pressupostos dessa proposta (BRASIL, 2009a).

A saúde como um direito social, parte do Sistema de Seguridade Social do País, de responsabilidade do Estado, também contribuiu para a fundamentação dessa proposta.

De maneira geral o que pressupõe essa proposta são as discussões sobre o Sistema Único de Saúde e as necessidades legais, operacionais e ideológicas para sua implementação.

Com base nos pressupostos, além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política apresenta como Princípios e Diretrizes: ampliação de espaços públicos aos atores sociais que através da organização coletiva poderão dialogar e pactuar

ações diante das diferenças, produzindo um conhecimento compartilhado em saúde. Nestes espaços a subjetividade e singularidade dos indivíduos e da coletividade são preservadas e valorizadas. Essa prática amplia percepção sobre as necessidades e desejos das diferentes forças sociais, como também contribui para que a construção do cuidado tenha significado para os diversos atores que compõe o setor saúde (BRASIL, 2009a).

Neste sentido torna-se importante a valorização dos diferentes mecanismos de participação nos processo de gestão do SUS; a ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação das políticas; a promoção e inclusão social de população específica, visando a equidade em saúde; afirmação do protagonismo da população na luta por saúde, propiciando espaços coletivos de debates e construção de saberes; e a implementação de instrumentos que aprimoram a gestão como a integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social (BRASIL, 2009a).

Em consonância com os pressupostos, princípios e diretrizes, o modelo de Gestão Estratégica e Participativa compreende um conjunto de atividades voltadas a apoiar a participação social, a mobilização social, a educação popular, a busca pela equidade, os processos de monitoramento e avaliação, à ouvidoria e auditoria e a ética nos processos de gestão dos serviços de saúde. Essas atividades contribuem para o aprimoramento do SUS, propiciando maior eficácia, eficiência e efetividade.

Assim a proposta é dividida em quatro componentes essenciais:

**1. Gestão Participativa e Controle Social** – Esse componente objetiva promover o desenvolvimento de formas de gestão alicerçadas na participação social através de diferentes mecanismos, como:

- *Mecanismos institucionalizados de controle social*: Existência de Conselhos nas três esferas de gestão; Conselhos Regionais e Locais; Conferências de Saúde, Plenárias e Fóruns de Saúde compostos por diferentes forças sociais da sociedade;
- *Processos participativos de gestão*: Articulação e Integração entre as diversas instituições e órgãos do SUS, como os Conselhos Gestores, mesas de negociações e comissões técnicas, pólos de educação permanente em saúde, grupos de trabalho, grupos de movimentos sociais;

- *Instâncias de pactuação entre gestores*: Fomento aos espaços como da Comissão Intergestores Bipartites (Secretarias Estaduais e Municipais), Comissão Intergestores Tripartite (Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais) - espaços estratégicos de pactuação das ações operacionais do SUS;
- *Mecanismos de mobilização social*: Dispositivos para articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à Saúde, ampliando espaços públicos coletivos de interlocução entre trabalhadores, gestores e movimentos sociais;
- *Processo de educação popular em saúde*: Baseado no constante diálogo com os movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS através da construção de saberes;
- *Reconstrução do significado da educação em saúde*: Objetiva reconstruir o significado da educação em saúde como fortalecedora do protagonismo dos atores envolvidos no processo de produção da saúde e na defesa do SUS.
- *Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersectorialidade)*: Fomento ao compartilhamento de decisões através da articulação de diferentes atores e forças sociais que atuam na produção social da saúde.

**2. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS** – Este componente busca discutir a criação de mecanismos de acompanhamento e aferição das ações em saúde e seus resultados, propiciando a efetiva participação para a tomada de decisão. Neste sentido a discussão de monitoramento e avaliação dessa política segue as contribuições da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que aponta a necessidade de compreender as inter-relações e fatores que influenciam o alcance da eficiência, efetividade e a equidade no SUS; de melhorar a formulação de políticas; de monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços; de criar instrumentos e processos participativos de monitoramento e avaliação.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa ressalta que além dos indicadores tradicionais como de estrutura, é necessário a implementação de indicadores de desigualdade e iniquidade, de determinantes de saúde, de ações intersectoriais, culturais,

ambientais e de participação social, quantitativos ou qualitativos que sirvam para melhorar as ações operacionais e que meçam a mudança nas condições de saúde da população (BRASIL, 2009a).

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui-se em poderoso instrumento de democratização da informação, favorecendo o empoderamento e a mobilização social.

**3. Ouvidoria do SUS** – Tem como objetivos: ampliar espaços de escuta, valorizando as opiniões geradas pelos usuários; inserir o usuário no processo de avaliação da política de saúde; identificar as reais necessidades da população, produzindo informações para subsidiar a gestão e o controle social.

**4. Auditoria do SUS** – Órgão de controle interno do SUS que volta suas ações para o diagnóstico e a transparência. Guiado por demandas originadas do Conselho de Saúde, movimentos sociais, cidadão, prioridades governamentais e outros órgãos. Tem como objetivo verificar a conformidade das ações e serviços de saúde com os padrões estabelecidos. É um instrumento que contribui também para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Tem como função também realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial. Cabe ao sistema de auditoria realizar um relatório que será checado com os diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

Todos esses componentes objetivam a defesa do SUS, e favorecem seu permanente aperfeiçoamento.

### 3.3.2.2 Atribuições e Responsabilidades dos Gestores Municipais

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa é uma iniciativa recente, mas que segue princípios já apontados na Constituição Federal de 1988, configurando-se como uma estratégia direcional à gestão do SUS, no sentido de aperfeiçoá-la e qualificá-la, visando à melhoria da condição de saúde da população.

Diante dos objetivos do processo de descentralização, cabe aos gestores municipais observar os princípios e diretrizes dessa política e implementá-los. Tal processo contribuirá para a qualificação da administração pública municipal.

Ao gestor compete a ampliação de espaços públicos e coletivos de discussão, o que favorece a troca de informações, a identificação de diferentes visões e a descentralização do poder de decisão garantindo a participação e integração dos trabalhadores, usuários e demais setores da sociedade civil; implementar mecanismos para propiciar a participação, como por exemplo, a implantação de ouvidorias; desenvolver processos de monitoramento e avaliação; apoiar pesquisas na área de gestão estratégica e participativa; coordenar, apoiar e incentivar as atividades de educação, comunicação e informação a nível intra e extra-institucional; desenvolver ações que gerem transparência; propiciar a maior integração possível da instituição com outras que possam contribuir na produção social de saúde; Promover a equidade da atenção; Apoiar processo de mobilização social e institucional; Prover recursos para ações da proposta de gestão estratégica e participativa.

Além da observação dessas atribuições, cabe ao gestor compreender que essa lógica contribui para o sucesso de sua gestão e que a sua vontade política e essencial para a efetividade desse processo.

### 3.3.3 Gestão Estratégica e Participativa no Brasil

No Brasil as iniciativas de modelos de gestão em Saúde Pública, menos centralizadas e mais participativas surgem a partir de alguns principais fatores: Crises econômicas, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, as quais exigem do Estado maior eficiência, ou seja, apresentar resultados aos problemas sociais e econômicos que representavam obstáculos ao desenvolvimento, utilizando recursos financeiros disponíveis; o surgimento de demandas sociais, diante do processo de industrialização e capitalismo crescente, que move movimentos sociais em busca de melhor qualidade de vida; e o estímulo de organizações internacionais de desenvolvimento (GIOVANELLA, 1991; CÔRTEZ, 1996; ROS, 2006).

Esse contexto exige do Estado reformas administrativas e ideológicas, sendo que a ciência administrativa de Taylor tem forte participação na evolução dos modelos de gestão historicamente.

Como já relatado, as políticas de saúde no Brasil surgiram e atualmente estão postas diante de dois movimentos que travam forças em lados opostos (CAMPOS, 1996; CÔRTEZ, 1996).

Segundo Campos (1996), esse é um momento paradoxal, o qual passa a saúde no Brasil, entretanto surgem várias experiências em busca de efetivação do modelo fundamentado na lógica de determinação social da saúde, o que é um desafio.

Como contribuição para essa efetivação, Fernandez e Mendes (2007), apontam que o processo de gestão das políticas públicas deve se dar de forma estratégica e participativa, o que exige um intenso processo de descentralização, no sentido de descentralizar aspectos políticos, e não só administrativos. Ou seja, pressupõe a descentralização do poder, que implica em fomentar processos de participação de diversos atores a negociarem para melhor balanceamento entre interesses setoriais e intersetoriais; em arranjos organizacionais e de poder político; na transferência ou compartilhamento de saberes e tecnologia; no permanente investimento nas capacidades, habilidades e competências do atores; e no desejo de que estes assumam o protagonismo das mudanças, gerando transparência a todo processo. Apontam ainda que esse modelo objetiva que as decisões sejam democratizadas e que em função disso haja co-responsabilização pela produção da saúde, onde cada um tem sua participação neste processo. Afirmam que esse modelo contribui para a promoção da saúde, já que saúde é entendida como resultado da dinâmica social exigindo participação de diversos atores e ações intersetoriais, pois as questões se apresentam de formas múltiplas e complexas.

Oliveira e Almeida (2009) apresentam uma experiência do Conselho Gestor de Unidade de Saúde de Campo Grande, MS, apontando deslocamento de poder entre os membros, já que historicamente todos os segmentos já passaram pela presidência do conselho. Apontam que a participação promove o desenvolvimento de objetivos de interesses coletivos, o que contribui para ampliação dos resultados da gestão na resolubilidade dos problemas, além de ampliar o movimento de re-politização da saúde enquanto direito social - prerrogativa do Pacto pela Saúde.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, cabe ao gestor ser protagonista na responsabilidade de implementação deste modelo (BRASIL, 2009b).

No Brasil, além da experiência citada, outras práticas vêm sendo realizadas. O município de Campinas/SP aderiu a esse modelo já na década de 70, em parceria com Universidades. Com a implantação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 no município foram criadas Diretorias Regionais de Saúde, formadas por equipes multiprofissionais, no nível central de forma a consolidar os planos locais. Também foram instituídos os Colegiados de Coordenadores e de Governo e assembléia de trabalhadores de Saúde, ambas como instâncias formuladoras de proposições que posteriormente são encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde. (NASCIMENTO,



CORREA, NOZAWA, 2007). Ações que se configuram propositivas a efetivação do modelo de Gestão Estratégica e Participativa.

Outro dispositivo deste modelo são os contratos de gestão, compreendidos como ações que perpassam a pactuação de metas e avaliações participativas, apresentando os seguintes resultados: aumento da eficiência e eficácia institucional, transformação das relações de trabalho, promoção de co-responsabilidade entre os sujeitos/equipes, valorização dos trabalhadores e formação de redes de compromisso para melhoria da atenção. Esse processo de contratualização pressupõe a existência de gestão colegiada, que implica na existência de espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças, incluindo diferentes atores no processo de análise e tomada de decisão. Essa é uma experiência adotada num hospital Público vinculado a rede municipal de Belo Horizonte na intenção de aprimorar seu modelo de gestão. De forma a implementar esse modelo foram feitas oficinas de discussão e reformas administrativas, reestruturação das áreas físicas (novas reproduções arquitetônicas das áreas físicas, objetivando maior conforto e interação entre usuário e trabalhador), recomposição de equipes multiprofissionais, mesas de negociação permanente, reorganização e ampliação das atividades de educação permanente e implementação de espaços coletivos e colegiados de gestão. (FILHO e FIGUEIREDO, 2009).

O município de Várzea Paulista, adotou uma experiência de gestão participativa, que auxiliou no maior envolvimento dos trabalhadores da rede municipal do Sistema Único de Saúde. As ações foram de implantação de Educação Permanente, criação de Colegiado Gestor e Conselhos Locais de Saúde, reuniões mensais em todos os serviços e implantação de alternativas para fomentar a co-responsabilização com oficinas de territorialização para construção de territórios de responsabilidade de cada Unidade de Saúde, com a participação de trabalhadores e gestores de toda rede. A adoção do planejamento estratégico e descentralizado também foi uma opção. (CARPINTÉRO et al, 2008)

Pesquisa realizada com 142 gestores no Estado da Paraíba no ano de 2004, apontou que a gestão municipal de saúde não é participativa, pois não ocorre a participação dos grupos integrantes do sistema (gestores, diretores, profissionais, conselhos de saúde, comunidade, instituições de saúde pública e conveniadas e demais órgãos governamentais), conforme recomenda a literatura (COSTA e SALAZARN, 2008).

Lotufo e Miranda (2007) e Milani (2008), apontam a dificuldade dos gestores na formulação e implementação de políticas públicas, apresentando baixa capacidade no uso de tecnologias de planejamento e programação. O que nos leva a apontar a necessidade de implantar ações estratégicas, no sentido de incluir os diversos atores envolvidos, que num processo de diálogo e consenso, participarão da formulação e implementação da política de saúde e serão co-responsáveis pelo processo de gestão da saúde.

Outro desafio, segundo Filho e Figueiredo (2009) é criar estratégias de ampliação do grau de pactuação com a rede de trabalhadores, de forma a levarem adiante o princípio e os instrumentos concretos de cogestão.

Na experiência de Conselho Gestores de Unidade de Saúde, em Campo Grande, MS, a principal dificuldade se dá na transição da função consultiva e fiscalizadora para a capacidade deliberativa, entendendo deliberar como ações de discussão, reflexão, de escolher alternativas e tornar-se responsável pelos atos. E ressaltam ainda que o poder técnico, possuindo mais conhecimento, detém maior poder (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Campos (1998) afirma que apesar de desde a década de 60 haver movimento no sentido de democratizar as ações de saúde, atualmente nos deparamos com diferentes versões do Taylorismo (poder centralizado em chefes, controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade médica) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horário e apresentação de relatórios), elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento, e quase ausência de comunicação).

Diante desse contexto torna-se importante as ações do modelo em discussão, no sentido de empoderar os atores, através de diferentes ações dando condições de uma efetiva participação.

Ser gestor significa articular-se com os demais setores da sociedade, representar a população, envolver-se no processo de condução da política de saúde. Segundo alguns autores tais características se constituem um desafio nos espaços coletivos de decisão (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Diante dessas experiências, com alguns desafios, a sociedade brasileira luta para preservar os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, que hoje é referência mundial de modelo de saúde (BRASIL, 2008a). Um mecanismo que auxilia neste sentido é a avaliação, da qual será tema o próximo item.

### 3.4 Avaliação

O processo avaliativo impulsionado, sobretudo no século XX, é uma ciência em constante desenvolvimento e aprimoramento. Seu marco principal se deu nos primeiros 30 anos do século XX, com a preocupação de avaliar o desempenho de escolares através da mensuração. Guga & Lincoln (1989 apud Furtado 2001) apontam essa fase como característica da primeira geração da avaliação.

A segunda geração da avaliação além de medir os resultados, se avança no sentido de descrever o processo de como uma atividade atinge seus resultados (FURTADO, 2001).

Na década de 50, e não excluindo as etapas anteriores, inclui-se o julgamento como parte do processo avaliativo, ou seja, estabelecer os méritos de desempenho dos programas, caracterizando a terceira geração da avaliação.

No século XX tem destaque também a avaliação no setor privado, tendo em vista avaliar o desempenho organizacional. A preocupação inicial era com os recursos financeiros, mais tarde acrescida da qualidade no processo de produção (CALVO; HENRIQUE, 2006).

No Brasil na década de 80, num contexto de crise da dívida externa e a interrupção de um longo ciclo de crescimento econômico que aprofundaram as desigualdades, cresce as demandas por serviços públicos. O Estado, diante da crise tem recursos escassos e de forma a aplicá-los eficientemente, adere à avaliação dos programas sociais implantados, implicando no desenvolvimento desses processos (COSTA; CASTANHAR, 2003).

A avaliação já foi tida como um processo chato e temeroso em uma instituição. Atualmente se ampliou a compreensão de que a mesma contribui para o conhecimento e a informação, orienta o planejamento, a tomada de decisão e a execução das ações de qualquer política (CALVO; HENRIQUE, 2006)

Atualmente a preocupação não é só econômica, outros critérios de avaliação ganham destaque para os gestores e avaliadores, tais como: eficácia, efetividade e relevância. Assim a cultura da avaliação nas instituições públicas tem se constituído uma estratégia de mudança do pensamento gerencial. Sob o ponto de vista da gerência social, onde as políticas não devem ser só avaliadas pelo cumprimento de seus objetivos, mas também pelo valor social construído no cumprimento desses (MOKATE, 2002). Além disso, discute-se também formas diferenciadas de avaliação, baseadas na negociação e construção,

interagindo com os intervenientes no processo que devem ser ouvidos, é a chamada avaliação de quarta geração (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

A avaliação, como já apontado é uma ciência ainda em construção, assim apresenta diversos conceitos.

Entende-se por avaliação a emissão de um juízo de valor sobre um objeto por meio de critérios e referenciais previamente definidos (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000). Segundo Tobar (2001) a avaliação pressupõe um sistema de valores e/ou critérios os quais se atribui diferentes grandezas a dimensões ou partes de uma variável. Ou seja, a questão de emissão de juízo de valor nos processos avaliativos é bem discutida e tida como uma conceituação aceitável por diversos estudiosos do tema.

Para Tanaka (2001) a emissão de juízo de valor sobre uma situação problema, requer a utilização de instrumentos e referenciais, e se configura uma estratégia para enfrentar e resolver problemas.

Medina (2005) refere que a avaliação, assim como a produção do conhecimento exige um desprendimento do senso comum e o embasamento de conhecimentos para a investigação do objeto que necessita, de uma teoria para ser confrontada com os fatos, para ser estudado.

O tipo da avaliação e as metodologias a serem utilizada variam de acordo com a definição de alguns requisitos importantes. O enfoque a ser adotado, se de cuidado individual, de serviços e programas ou de sistema de saúde é um deles; as diferentes racionalidades: administrativa, econômica, sanitária e política; para quem interessa, visto que os interesses se modificam de acordo com o interessado; e qual a finalidade da avaliação também configuram importantes requisitos a serem observados.

As fases de uma avaliação podem ser resumidas na seguinte operacionalização: requer em um primeiro momento a definição do objeto de estudo e de uma pergunta que geralmente surge de um problema, de resultados de pesquisa, da aplicação da prática cotidiana ou ainda do interesse do avaliador ou decisor. Diante dessas definições se parte para os referenciais teóricos e/ou normativos, os quais referenciarão o objeto de estudo. Diante desse referencial o primeiro passo no planejamento de uma avaliação é a idealização que pode se dar através da construção do modelo Teórico e/ou Lógico (BUNGE, 1974 apud MEDINA, 2005)

O modelo teórico é um desenho esquemático que explicita uma teoria de como o programa causa os efeitos pensados ou observados,

qual a população alvo e que contextos influenciam as relações e o desempenho do objeto, auxiliando uma melhor compreensão do objeto em estudo. Este modelo leva em consideração os aspectos históricos e sociais do objeto (MEDINA, 2005).

O modelo lógico aponta a operacionalização e os resultados esperados de determinado objeto. Este modelo se traduz em um desenho esquemático de seu funcionamento, especificando os insumos, os componentes do programa, os resultados a curto e longo prazo, isolando as determinações contextuais (MEDINA, 2005).

A construção de ambos modelos constitui etapas importantes em processos de avaliação, auxiliando na localização do objeto, nas variáveis que o determinam e na melhor compreensão de sua operacionalização.

Em um segundo momento é importante determinar a forma de abordagem do objeto, o critério de avaliação, delimitando a partir de qual aspecto o objeto será analisado. A não definição de critério caracteriza apenas um julgamento e não uma avaliação. Os critérios atualmente mais utilizados na avaliação de qualidade são eficiência (cumprir metas com racionalização de recursos), eficácia (alcançar metas), efetividade e relevância (ambos critérios associados a expectativas sociais, voltados a utilidade e pertinência respectivamente).

Ainda para o alcance da possibilidade de fazer um julgamento através de Juízo de valor é necessário a eleição de indicadores, medidas, parâmetros e valores adequados para o fim a que se destina. Essa eleição pode ser baseada em documentos normativos ou teóricos; em resultados de pesquisas científicas ou do resultado de pactuação entre atores que pertencem ao contexto do objeto em estudo.

Segundo Tanaka (2001) o indicador pode ser uma variável, característica ou atributo do objeto. A escolha dos indicadores depende de quais são os objetivos da avaliação e o critério a ser adotado.

Para a eleição de indicadores algumas qualidades importantes devem ser observadas: **Simplicidade**: deve ser fácil de ser calculado; **Validade**: medir o que realmente se deseja medir; **Disponibilidade**: usar dados de fácil obtenção; **Robustez**: deve ser pouco sensível às deficiências dos dados necessários à sua construção; **Discriminatoriedade**: indicar alterações que ocorram com o tempo e entre os elementos de observação; **Cobertura**: deve permitir comparação em vários territórios (FERREIRA, 2001).

As medidas representam o cálculo que permite medir o alcance dos indicadores adotados. Um indicador pode ter várias medidas, as

quais podem ser substituídas de acordo com os objetivos da avaliação e disponibilidade de dados.

Os parâmetros são a referência adotada por quem está avaliando, e se diferem de acordo com a medida adotada (TANAKA, 2001).

A definição dos interessados, do objeto, dos referenciais, critérios, indicadores, medidas, parâmetros e valoração, assim como dos modelos lógicos e/ou teóricos são itens indispensáveis, pois qualificam e dão validade ao processo avaliativo (HARTZ, 1999). Segundo Hartz (1999), os processos avaliativos necessitam apresentar argumentos racionais e empíricos, fundamentados sobre os métodos e estratégias a serem escolhidos, em que situações e por quê.

Em todo esse processo a necessidade de consideração dos diferentes atores envolvidos no objeto de estudo, ampliando as situações de diálogo e de negociação é bastante discutida atualmente. Destaca-se também a necessidade do uso de diferentes metodologias para a coleta de dados e análise dos mesmos, o que favorece a ampliação do entendimento e a explicação dos resultados obtidos – característica da avaliação de quarta geração (FURTADO, 2001).

Na saúde, pode-se afirmar que a avaliação ainda encontra-se em fase de construção e amadurecimento conceitual e metodológico. Ela surge após a intervenção do Estado nas políticas sociais, logo após a Segunda Guerra Mundial, com preocupação principal nos custos. A eficiência, que significa fazer mais com menos recursos, era um dos três critérios mais utilizados nos processos avaliativos, seguidos da eficácia e efetividade (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Atualmente a preocupação vai além do custo, qualidade e resultados, a avaliação torna-se importante devido às obrigações do setor público para com a sociedade, o que proporciona o fortalecimento da democracia, sendo um mecanismo de responsabilização que expressa transparência e compromisso do gestor de prestar contas de seus atos perante terceiros (LIMA, 2005).

Segundo Costa e Castanhar (2003) a avaliação para a gestão configura-se como ferramenta gerencial poderosa, se constituindo como instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde, na implementação da política de saúde.

A avaliação à medida que proporciona aos gestores e sociedade civil aprenderem à custa das experiências passadas, contribui na melhoria da prestação de serviços, no planejamento e na demonstração de resultados às partes interessadas (BANCO MUNDIAL, 2004)

Almeida e Báscolo (2006) apontam que diante de um crescente surgimento de novas tecnologias, e do uso de recurso público para implementá-las há que se ter provas concretas para apoiar ou contestar determinada decisão de acesso as inovações. Há que também permitir que os gestores detectem os progressos registrados, acompanhe a evolução de determinada política, sendo a avaliação fundamental nesse processo.

A institucionalização da avaliação é bastante consolidada internacionalmente, principalmente em países da Europa e América do Norte. No Brasil, mais especificamente na Gestão em Saúde, a avaliação está sendo impulsionada especialmente com a implantação do Pacto pela Saúde. Operacionalizado através de pactuações entre gestores que explicitam responsabilidades, propicia a indução de avaliação dos pactos realizados. A implementação dos processos de avaliação também está incluída entre as responsabilidades do referido pacto (ALVES et al, 2010).

Nesta perspectiva a avaliação tem sido discutida e aprimorada, garantindo qualidade e validade. As avaliações de resultado ganham destaque nos processos de gestão. Hartz (1999) levanta três eixos que organizam as principais discussões sobre esse tipo de avaliação na saúde pública. Considerando um contexto de gestão por resultados e que organiza sua estrutura por programas, há: 1) necessidade de explicitar um modelo teórico orientando o processo avaliativo, explicitando como se espera que o programa funcione; 2) exigência de metodologias diversas, que não fiquem vinculadas apenas aos números, mas que contemplem o contexto organizacional, como por exemplo o caso da interatividade comunitária. A autora propõe uma complementaridade de abordagens, deixando a cada uma suas próprias potencialidades. Aponta ainda que a utilização de informações qualitativas e quantitativas é uma necessidade a ser operacionalizada; 3) obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulem os processos avaliativos, garantindo qualidade e utilidade dos produto.

Todas essas questões auxiliam a construção de modelos avaliativos adequados a realidade e aos processos de gestão em saúde.





## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Características do Estudo**

Este estudo é caracterizado como um pesquisa metodológica que se volta à elaboração de métodos e instrumentos de captação, coleta de dados e ou de intervenção na realidade, adotados como científicos (TOBAR e YALOUR, 2001).

O objeto desse estudo foi a Proposta de Gestão Estratégica e Participativa no SUS e o elemento de avaliação, a Gestão Municipal do SUS.

O objetivo desta pesquisa foi a elaboração de um modelo de avaliação da Gestão Municipal do SUS sob a ótica da proposta de Gestão Estratégica e Participativa.

A elaboração do modelo teve como base conceitual a avaliação normativa caracterizada pelo objetivo de avaliar em que grau ou medida os recursos são implementados de forma a atingir os objetivos explicitados em critérios e normas. Nas organizações e em seus programas a avaliação normativa é uma atividade comum, que auxilia nas atividades de controle e acompanhamento, na garantia de qualidade do objeto avaliado, assim como auxilia os gestores a completar suas funções cotidianas (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A avaliação normativa pretende contribuir para a melhoria do objeto, visando que as discussões resultantes desse processo tragam inovações e propostas de soluções, características também das avaliações formativas (FELISBERTO et al, 2008).

Neste tipo de avaliação, as normas, os resultados de pesquisas, o julgamento de pessoas bem-informadas ou de experts na área, são as fontes importantes para a eleição de indicadores, pois a participação de diferentes atores qualifica essa escolha e consequentemente a avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2002).

### **4.2 Fases da Pesquisa**

A construção do Modelo de Avaliação foi dividida em duas etapas principais: identificação dos Modelos Teórico e Lógico; desenvolvimento da Matriz Avaliativa.

Foram utilizadas duas estratégias metodológicas nestas etapas: consulta a bibliografia e consulta a especialistas. Em consulta a referenciais bibliográficos buscou-se levantar questões normativas e

teóricas relacionadas à Gestão Estratégica e Participativa. O objetivo foi reconhecer o objeto de estudo para elaboração de propostas a serem submetidas à análise crítica de especialistas.

A consulta a especialistas ocorreu através de Oficinas de Consenso. A metodologia de oficina de consenso é uma experiência de trabalho que tem como objetivo definir pontos consensuais de determinada proposta. Neste processo é preciso abrir mão de todos os pré-conceitos e aderir a um novo que ainda será construído (HARTZ, 2005). Foram utilizadas duas técnicas de consenso: Método Delphi e Comitê Tradicional.

O método Delphi é uma das técnicas utilizadas para a busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um objeto. O pressuposto é de que um julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). O método compõe dois grupos: Executor e Respondente. Ambos comunicam-se através de e-mail, contato telefônico e/ou entrevistas. Os integrantes do grupo de respondente não deve ultrapassar trinta integrantes, devido dificuldade de análise das respostas (CASSIANI; RODRIGUES, 1996). Esses integrantes não se comunicam entre si e seus nomes seguem em anonimato, garantindo que expressem suas idéias sem nenhuma pressão. Segundo os autores, essa é uma das vantagens da técnica (HARTZ, 2005; CASSIANI; RODRIGUES, 1996). Ainda entre as vantagens está a possibilidade de abranger diferentes opiniões de atores de diversas instancias e regiões, sem ter que reuni-los em determinado local (CASSIANI; RODRIGUES, 1996). A última vantagem foi a principal motivação de utilização desta técnica.

Os instrumentos geralmente utilizados nesta técnica são questionários, entrevistas e/ou instrumentos analisados e respondidos individualmente, compostos de questões fechadas ou abertas. As diferentes opiniões são tratadas estatisticamente e disponibilizada ao grupo, contribuindo para a aprendizagem e o consenso. O grupo poderá manter ou alterar suas respostas. Essa dinâmica interativa ocorre até que o grau de consenso seja BOM (HARTZ, 2005).

Este tipo de técnica é utilizada geralmente em situações onde os dados básicos são poucos desenvolvidos ou inexistentes. Assim se utiliza da participação de colaboradores especialista, que opinam sobre alguma proposta (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). A impossibilidade de interação e discussão entre o grupo é uma das desvantagens da técnica, assim também como o tempo que pode levar para se atingir o consenso (HARTZ, 2005).

A segunda técnica - Comitê tradicional configura-se em um debate aberto sobre determinado tema com especialistas pré-determinados, que apontam suas posições e trocam idéias confrontantes ou não. A maior vantagem dessa técnica é a troca de idéias e de confronto de opiniões divergentes, qualificando a discussão e solidificando o debate. A desvantagem está na possibilidade de participantes mais convictos, fazer prevalecer a sua opinião mais pela ênfase na sua posição do que pela qualidade dos seus argumentos. Ainda nas desvantagens pode-se citar as diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos ou de relacionamento interpessoal, entre os participantes que podem dificultar o consenso (HARTZ, 2005). A escolha desta técnica ocorreu pela possibilidade de redução de tempo para as definições necessárias, assim como proporcionar o debate entre os participantes da pesquisa em uma etapa de importante definição para a avaliação – o Juízo de valor.

#### 4.2.1 Sistematização dos Modelos Teórico e Lógico

As propostas de modelos Teórico e Lógico elaboradas, representam os fundamentos dessa pesquisa, e foram desenvolvidas com base em referenciais **Normativos e Teóricos**. Foram analisados a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), e Leis referente ao Sistema Único de Saúde, assim como Teorias de Gestão com perspectivas mais flexíveis, que consideram diferentes aspectos e atores sociais no processo de gestão. Esses referenciais compõem as diretrizes básicas da proposta de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Para estudo dos referenciais teóricos, foram selecionados livros e dissertações e realizada revisão de produção científica no site de banco de dados de literatura BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os descritores Gestão em Saúde, Gestão Participativa, Participação em Saúde, Gestão Colegiada e Co-gestão.

As propostas de modelos foram submetidos a apreciação de colaboradores-especialistas em oficina de consenso, utilizando-se o Método Delphi (Apêndices 1 e 2).

O grupo participante da oficina foi composto por profissionais do serviço de saúde e da academia com experiência em gestão e/ou avaliação. Foram convidados treze colaboradores e obteve-se a participação de nove, sendo um representante do Ministério da Saúde,

um da Secretaria Estadual de Saúde, quatro da academia e três de Secretarias Municipais de Saúde.

A contribuição dos colaboradores que participaram da oficina teve como objetivos:

1. Qualificar a fundamentação teórica, e;
2. Alterar o desenho do modelo lógico explicitando melhor que na gestão em saúde, segundo o Modelo de Gestão Estratégica e Participativa, coexistem dois grupos principais de atores sociais com interesses coincidentes e conflitantes, que compartilham semelhante nível de poder na garantia de saúde, sendo os Órgãos Gestores do Executivo e Órgãos de Controle Social.

As diferentes propostas e esquemas resultantes do processo de discussão estão apresentadas no Apêndice 3.

#### **4.2.2 Desenvolvimento da Matriz Avaliativa**

O desenvolvimento da Matriz perpassou as seguintes etapas: Identificação de dimensão e indicadores; definição da matriz avaliativa e aplicação da matriz.

##### **4.2.2.1 Identificação de Dimensões e Indicadores**

Essa etapa se caracterizou pela construção prévia de uma proposta da matriz avaliativa, composta de dimensões, indicadores e respectivos racionais (Apêndice 4). A construção orientou-se pelo referencial teórico e normativo do modelo teórico e enfoques operacionais apresentados no modelo lógico.

O objetivo de construir previamente esta proposta foi de iniciar uma discussão para definição da matriz em oficina de consenso.

##### **4.2.2.2 Definição da Matriz Avaliativa**

A definição da matriz contemplou análise e eleição das dimensões, indicadores e medidas, previamente propostos. A escolha foi realizada através de Oficinas de Consenso, utilizando-se a Técnica Delphi.

O grupo que opinou na definição dos Modelos Teórico e Lógico foi o mesmo que analisou a proposta de matriz. Houve participação de onze colaboradores.

A definição de dimensões, indicadores, medidas e rationales ocorreu em sete principais momentos. Primeiramente foram enviados convites aos colaboradores para participarem da Oficina de Consenso (Apêndice 5). Aos que aceitaram foram enviadas orientação referente a etapa da oficina (Apêndice 6), proposta de Matriz com questões fechadas e espaço para considerações (Apêndice 7). A matriz foi submetida a análise crítica do grupo, que apresentou complementações e/ou alterações dos elementos da proposta. O percentual de validade obtido em cada dimensão e indicador é apresentado na Tabela 1.

No terceiro momento, os resultados foram consolidados e repassados aos participantes que puderam manter ou alterar suas respostas anteriores e realizar observações com relação ao resultado (Apêndice 8).

No quarto momento foi encaminhado aos especialistas, consolidado referente às respostas do 3º momento. As observações realizadas foram na maioria referente aos rationales. A única alteração com relação a estrutura da Matriz foi a mudança do nome do indicador “*Educação em Saúde para Participação Social*” que passou a denominar-se “*Educação em Saúde*”. Todas as contribuições com relação a esse momento encontram-se no Apêndice 9. Neste mesmo apêndice também é apresentada a matriz final resultante dessa etapa.

No quinto momento foi elaborada uma proposta de Medidas e Parâmetros que foram submetidos a análise crítica dos colaboradores (Apêndice 10). Este documento incluiu as alterações nos rationales pactuadas no Apêndice 8. O percentual de validade de cada medida é apresentado na Tabela 2.

No sexto momento, as propostas resultantes das últimas considerações foram compiladas e repassadas ao grupo para conhecimento. As contribuições foram relacionadas quanto a validade das medidas e parâmetros (Apêndice 11). Analisando o resultado, observa-se que os parâmetros foram o centro dos comentários e influenciaram significativamente no resultado da validação das medidas. Após análise deste documento, somente um colaborador questionou o indicador “Planejamento Ascendente e Participativo”, justificando que na Gestão Estratégica e Participativa, havendo participação, a questão da ascendência estaria contemplada, uma vez que todos os atores estariam participando. Ainda segundo o colaborador, na atual discussão de organização dos serviços em rede, a ascendência não faz sentido. Diante desse argumento o indicador sofreu alteração do nome, sendo nomeado como “Planejamento Participativo”.

O sétimo e último momento objetivou envio de documento final apresentando os resultados da Matriz composta de Dimensões, Indicadores, medidas e rationales.

A Proposta final de Matriz foi composta de três Dimensões; 08 Indicadores e 21 medidas (Quadro 1). Das medidas, dezoito necessitam de coleta primária de dados e três de dados secundários.

**Quadro 1- Proposta da Matriz Avaliativa: Dimensões, Indicadores e Medidas.**

<b>DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO</b>	
<b>INDICADOR: Espaços de Participação</b>	Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010.
	Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.
	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.
<b>INDICADOR: Planejamento Participativo</b>	Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.
	Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.
	Percentual de ações propostas no Relatório da Penúltima Conferência Municipal de saúde, implantadas.
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>	
<b>INDICADOR: Articulação Intrasetorial</b>	Percentual de Unidades de Saúde que realizam reuniões semanais de equipe.
	Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010
	Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO.
<b>INDICADOR: Articulação Extrasetorial</b>	Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010.

	Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>	
<b>INDICADOR: Transparência</b>	Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, Jornal, TV, ou outras formas) no ano de 2010.
	Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras).
	Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.
<b>INDICADOR: Educação Permanente</b>	Percentual de Conselheiros de Saúde que receberam capacitação do Município no ano de 2010.
	Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.
<b>INDICADOR: Educação em Saúde</b>	Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.
	Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde.
<b>INDICADOR: Monitoramento e Avaliação</b>	Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho de Saúde.
	Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação período 2010-2011.
	Número de Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.

É importante ressaltar que durante a oficina as decisões foram tomadas em consenso entre os participantes, mas alguns ajustes e acertos necessários foram realizados pelos pesquisadores.

O prazo previsto para conclusão da oficina de consenso foi de seis meses. Alguns fatores prolongaram esse prazo para nove meses, como:

- Período de recesso – O início da oficina de consenso (Delphi) coincidiu com período de recesso/férias da UFSC e dos participantes. O contato com os participantes teve início em dezembro/10, mas somente foi efetivo em março/11, com conclusão em agosto/11, totalizando duração de 06 meses.
- Tempo para categorização das colaborações – A cada contribuição dos colaboradores, era necessário categorizar as críticas/sugestões/comentários de forma clara e objetiva. Essa operacionalização necessitou de períodos longos.
- A variação nas datas das respostas e os problemas no recebimento de emails também prolongaram o prazo.

Segundo Cassiani e Rodrigues (1996) duas semanas é o tempo ideal para o preenchimento dos questionários. Entretanto é sempre necessário cobranças por carta ou telefone àqueles que não devolverem no prazo. Os mesmos autores afirmam como uma das dificuldades deste método, a devolução dos questionários. Sugerem que se faça um contato telefônico prévio com os entrevistados e o envio de carta se o vínculo não for próximo. Em diferentes momentos da oficina foi necessário contato pessoal ou por telefone com os colaboradores a fim de esclarecimentos de dúvidas e para estimular a participação dos mesmos.

A Matriz discutida e acordada foi testada.

#### 4.2.2.3 Aplicação do Matriz

Foram convidados para a aplicabilidade da Matriz, os 22 municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis. São eles: Aguas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José, São Pedro de Alcântara, Garopaba, Paulo Lopes, Alfredo Wagner, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, São João Batista, Tijucas e Canelinha. A



escolha desses municípios foi motivada pela fácil acessibilidade aos mesmos, e pela possibilidade de testar a matriz avaliativa em municípios de diferentes portes populacionais.

Antes da aplicabilidade, a proposta foi apresentada em Reunião do Colegiado de Gestão Regional, com posterior contato aos municípios via email e telefone.

O questionário (Apêndice 12) utilizado para coletas de dados foi elaborado no FORMSUS, composto de questões abertas e fechadas totalizando 53 questões. Junto ao questionário foi enviado o termo de consentimento. Precedendo o questionário, foi enviado aos municípios um convite para participação na pesquisa (Apêndice 13), juntamente com explicações sobre a mesma. O questionário foi enviado via email e disponibilizado pelo período de trinta dias. Obteve-se retorno de resposta de vinte municípios, o equivalente a 90%. Por ser uma avaliação de gestão, abrangendo diferentes áreas, foi solicitado que as informações fossem fornecidas pelo gestor ou técnico da área de planejamento da respectiva secretaria de saúde.

Os dados secundários foram disponibilizados pela Associação de Municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis e DATASUS.

As questões, na sua maioria, foram referentes às ações desenvolvidas no decorrer do ano de 2010 e 2011.

O foco da análise dos dados coletados nos referidos municípios foi a contribuição e adequação de cada indicador, parâmetros e medidas no processo de avaliação do referido objeto, observando a consistência das informações geradas, a viabilidade da coleta dos dados, a possibilidade de reprodução do modelo em outras realidades e o comportamento do modelo em municípios de diferentes portes populacionais. Os dados coletados estão apresentados no Apêndice 14.

Dos municípios convidados, dois não participaram da pesquisa. Não foi possível contato com o gestor de um dos municípios; o outro refere não ter sido contemplado com o recurso da Política PARTICIPASUS e que por esse motivo não teria interesse em participar da pesquisa.

Durante a coleta de dados observou-se que a maioria dos gestores encaminhavam o questionário para técnico responsável pela Atenção Básica, talvez pela proximidade das questões com o serviço; ou por ser maioria municípios de pequeno porte com responsabilidade basicamente pela atenção básica, ou ainda por ser a Atenção Básica, em municípios de pequeno porte área de maior intersetorialidade.

Verificou-se também confusão dos municípios em virtude do uso do FORMSUS. O FORMSUS é uma ferramenta online disponibilizada pelo DATASUS para a elaboração de questionários utilizados em pesquisa do SUS. Esse recurso também é utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde na realização de avaliações. No momento da coleta de dados, o formulário estava sendo utilizado em duas avaliações da Secretaria Estadual de Saúde e em outra pesquisa acadêmica, causando repetição de informações e confusão dos municípios no preenchimento da pesquisa.

O teste de aplicabilidade do modelo gerou alterações no questionário criado para o desenvolvimento da pesquisa. Foi identificado durante a coleta que havia dificuldades na compreensão de uma das perguntas. A questão **“Qual percentual (%) de Propostas do Penúltimo Relatório da Conferência Municipal de Saúde implantadas?”** foi alterada durante a coleta de dados por apresentar dificuldade no entendimento e confiabilidade na informação. A alteração foi a substituição da questão por outras duas:

1. Qual foi o número de Propostas do Relatório da Penúltima Conferência Municipal de Saúde?
2. Qual foi o número de Propostas do Relatório da Penúltima Conferência Municipal de Saúde?

Os três municípios que já haviam respondido foram consultados por telefone para confirmar resposta.

Apos análise dos dados coletados foi percebida a necessidade de ajustes em algumas medidas e indicadores. Juntamente aos ajustes, havia também a necessidade de pactuação dos parâmetros e escala de valor a serem utilizados a fim de dar juízo de valor as informações. Optou-se pela realização de outra Oficina de Consenso.

#### **4.2.2.4 Definição de Parâmetros e Escala de Valor**

Esta etapa ocorreu através de oficina de consenso (via Webconferência), utilizando-se a técnica de Comitê Tradicional. O objetivo da oficina foi a definição de parâmetros, a realização de ajustes necessários após aplicação nos municípios e determinar a escala de valor para medidas e indicadores.

Nesta etapa foram convidados doze colaboradores integrantes do serviço de saúde pública e da academia, com experiência em gestão e/ou avaliação. Houve participação de cinco colaboradores que formaram um grupo de representantes do Ministério da Saúde, Município e Academia. A heterogênea representatividade propiciou a integração de diferentes visões e informações importantes de cada setor.

Quatro dos colaboradores convidados justificaram ausência.

Para essa discussão todos os participantes receberam previamente convite (Apendice 15) e planilha contendo a Matriz com resultado de sua aplicação nos municípios, além de propostas de parâmetros e juízo de valor (Apendice 14). Um documento contendo sinalizações de questões a serem debatidas, também foi enviado (Apendice 16).

A oficina teve duração de duas horas e a dinâmica foi de leitura de cada medida e parâmetro com discussão por indicador.

As questões debatidas na oficina com descrição, argumentação e justificativa da tomada de decisão estão apresentadas no apêndice 17.

Com a finalização dos ajustes necessários e definição dos parâmetros, foi sugerido ao grupo a união dos indicadores “Educação em Saúde” e “Educação Permanente”, formando um único indicador chamado “Formação”. A justificativa é de que ambos refletem a intenção do gestor em capacitar os atores para o processo decisório.

A sugestão foi aceita pelo grupo, porém com a denominação “Educação Permanente”.

As alterações na Matriz causaram modificações no questionário em 16 itens. O detalhamento das alterações está apresentado no apêndice 18.

A escala de valor das três dimensões e parâmetros também foi uma das pactuações da oficina de consenso pela técnica Comitê Tradicional.

Foi acordado que todas as dimensões, por apresentarem aspectos de igual importância para o objeto avaliado, apresentem pesos iguais e indicadores também com pesos iguais adequados à dimensão. A proposta foi aceita e realizado alguns ajustes na matriz de julgamento e na denominação de alguns indicadores para melhor compreensão dos mesmos.

### **4.3 Implicações Éticas**

A pesquisa foi apresentada aos gestores municipais e seus representantes em Reunião do Colegiado de Gestão Regional. Posteriormente foi realizado contato (via email) com os municípios formalizando o convite para participação na pesquisa. Aos que aceitaram participar, foi encaminhado (via email) um questionário que inicialmente apresentava a pesquisa e compunha um termo de

consentimento. Todos os municípios que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética, sob o nº 2132/2011.

## 5 RESULTADO

Obteve-se um modelo avaliativo da Gestão Municipal do SUS sob a ótica da Gestão Estratégica e Participativa, composto de Modelo Teórico, Lógico e Matriz Avaliativa, através de consulta à bibliografia e a especialistas via oficinas de consenso. Nesta primeira parte do trabalho apresentamos a descrição dos modelos teórico e lógico, a matriz avaliativa e de julgamento. Na segunda parte, em forma de artigo científico está apresentado o modelo de forma integral e o resultado do teste de aplicabilidade.

### 5.1 Modelos Teórico

Trata-se de uma representação conceitual esquemática de uma situação real ou suposta como tal, que objetiva orientar determinada discussão sobre um objeto (HARTZ, 2005).

O objeto em estudo é a Gestão Estratégica e Participativa no SUS e o elemento de avaliação a Gestão Municipal de Saúde. O modelo teórico (Figura 1) discute as bases de uma Gestão Municipal do SUS Estratégica e Participativa.

**FIGURA 1 – Modelo Teórico de Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.**



A proposta de Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS, fundamentada nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de

Saúde, bem como nos dispositivos constitucionais e legais que regulamentam o SUS (BRASIL, 2009a); debatida e aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; apresenta como principal objetivo a formulação e deliberação da Política de Saúde de forma coletiva, reafirmando os preceitos constitucionais e legais do SUS.

Esse objetivo é resultado do entendimento de saúde como um objeto complexo, determinado por variáveis sociais, políticas e econômicas. Segundo as linhas constitucionais, saúde será garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Diante dessa especificidade, saúde deve ser provida mediante a intervenção de diferentes instâncias e forças sociais, cada qual com seus interesses, campos de visão e objetos de atenção (TESTA, 1992). Tal posicionamento requer modelos de gestão mais democráticos que considerem o contexto social, apostando em ações de maior inclusão social e igualdade de direitos comunicativos e de não coação, diferenciando-se dos modelos de gestão normativos com enfoque econômico que vigoravam no período da revolução industrial e que ainda são vigentes nos dias atuais.

Em Saúde Pública, os contextos **Sócio-políticos, Sanitário e Técnico-operacional** interferem no processo de gestão. Esses contextos são formados por indivíduos e grupos sociais com diferentes visões, interesses e necessidades coincidentes e conflitantes causando disputa no processo de gestão. Tais disputas conferem a necessidade de negociação e pactuação de ações de saúde por parte do gestor (MOTTA, 1999; SORATTO, 2008).

- **O contexto Sócio-político:** representado por diferentes atores políticos e sociais entre eles os gestores do executivo e suas programações, o plano de governo e compromissos de campanha, as alianças político-partidárias, o legislativo, os movimentos sociais, as instituições que interagem com a política de saúde de natureza filantrópica e privada. Cada um com sua visão particular acerca do que é saúde, carregada de interesses, necessidades, valores e preconceitos acumulados (MATUS, 1996).
- **O contexto Sanitário:** representado pela condição de saúde da população, se expressa por informações epidemiológicas captadas pelos sistemas de informação do SUS, por pesquisas

acadêmicas ou dos serviços, por demandas do Ministério da Saúde. Inclui ainda os fatores determinantes e as situações de exposição de risco. Esse contexto expressa a variabilidade na magnitude, gravidade e grau de prioridade em um mesmo território. Está condicionado aos aspectos demográficos, sociais e de acesso a serviços de cada região;

- **O contexto Técnico-operacional**: gera demandas de natureza técnica, dos recursos (Humanos, financeiros, operacionais), do processo administrativo, da legislação, ou seja, todo o aporte necessário a implementação da política de saúde.

Assim cabe à gestão em saúde ser estratégica, promovendo o diálogo, articulando e pactuando com os diversos atores implicados na produção de saúde, analisando a viabilidade e factibilidade das intervenções propostas de forma a atingir seu primordial objetivo – garantir saúde à população sob sua responsabilidade.

Como estratégia, Matus e Testa já na década de 70 conceituam a necessária inclusão das discussões políticas nos processos de gestão, que se dá em uma trajetória flexível, baseando-se no conhecimento da realidade, e no que será possível implementar (RIVERA, 2003). Neste processo as necessidades são conflitivas e o procedimento estratégico, através da análise da viabilidade e factibilidade<sup>2</sup>, vêm propiciar o alcance dos objetivos perseguidos (MATUS, 1978).

Neste panorama justifica-se a implantação de um modelo de Gestão Estratégica e Participativa, que pressupõe a inclusão de diferentes atores que terão que dialogar, pactuar e decidir coletivamente sobre os caminhos das políticas públicas de saúde, de forma a garantir saúde.

Essa forma de gestão é caracterizada por um intenso processo de negociação, de ajustamento mútuo, e pactuação de compromissos. Além da ênfase na negociação política e em situações de dispersão e compartilhamento de poder (RIVERA; ARTMAN, 2003; GUIZARDI, 2008).

A Gestão Estratégica e Participativa apresenta os seguintes princípios:

- Fomento ao diálogo, através da comunicação horizontalizada, sem diferenciação de poder ou níveis hierárquicos;

---

<sup>2</sup> Viabilidade entendida como análise das condições políticas e factibilidade como análise das condições técnico-operacionais que podem determinar o alcance dos resultados.

- Participação de diferentes atores sociais, institucionalizados ou não;
- Abertura às mudanças, ao conflito e a pactuação e valorização dos diferentes saberes.

Aos diferentes atores nesse processo cabe a participação no sentido de contribuir com seus conhecimentos, suas necessidades, deliberar, fiscalizar e avaliar sobre a aplicação e implantação de ações e recursos necessários à saúde da sociedade. Cabe ao gestor considerar seus saberes e conhecimentos, suas lógicas, articulando os vários interesses e necessidades no processo de gestão do SUS, o que gera co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos da atenção a Saúde (BRASIL, 2009a).

## 5.2 Modelo Lógico

O modelo lógico constitui-se a operacionalização da teoria, onde de forma esquemática se insere aspectos de implementação da proposta de Gestão Estratégica e Participativa, apontando ações que conduzem a determinados resultados.

A cada instância gestora do SUS cabe a implantação desses aspectos. No presente estudo o foco central é a gestão municipal.

A operacionalização do modelo de Gestão Estratégica e Participativa municipal está descrita abaixo e apresentada no diagrama do modelo lógico do objeto (Figura 2).

Cabe ao gestor da saúde proporcionar acesso e reduzir riscos, garantindo saúde à população de sua responsabilidade. Para atingir esse objetivo a proposta de Gestão Estratégica e Participativa tem como principal estratégia formular e deliberar sobre a política de saúde de forma coletiva.

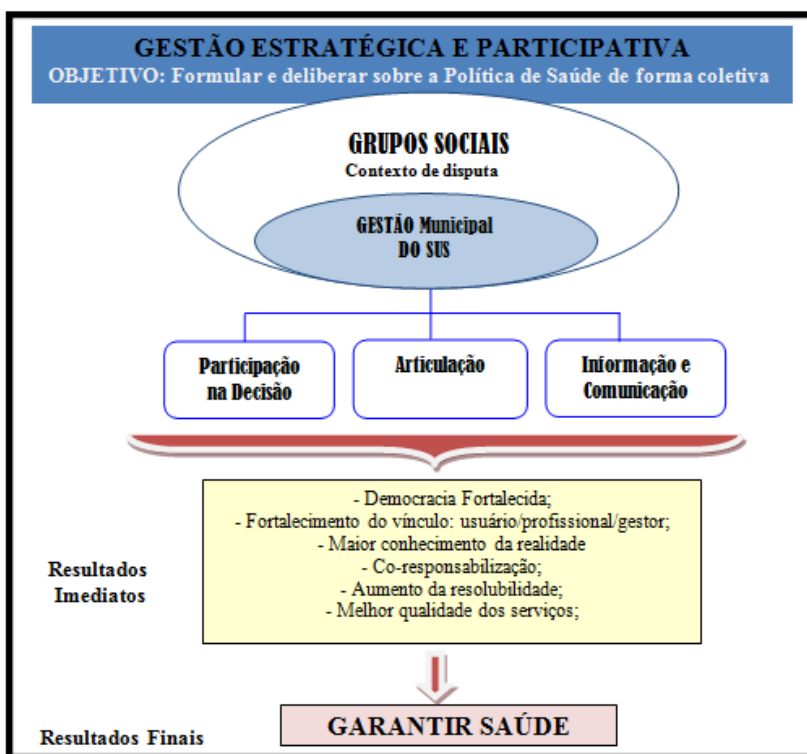
O campo da gestão municipal de saúde é envolto de demandas sócio-políticas, técnico-operacionais e sanitárias, advindas da dinâmica social que é composta de grupos de atores com interesses coincidentes e conflitantes, que compartilham semelhante nível de poder na garantia de saúde.

Objetivando alcançar seus resultados, cabe ao gestor elaborar estratégias no sentido de: **articular-se** e **interar-se** com os diversos grupos de atores, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido. A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor. A criação de diferentes mecanismos de **participação e**



**escuta da sociedade**, contribui com a qualificação da participação, e se articulados a formulação das políticas de saúde também contribui para o alcance dos resultados. Outra importante estratégia é a ampliação da **comunicação** e do acesso a **informação**, incrementando a participação da sociedade nas decisões políticas referente à saúde.

**Figura 2: Modelo Lógico de Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.**



Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, essas práticas contribuem na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões (BRASIL, 2009a).

Todas essas ações garantem como resultados imediatos o empoderamento dos atores envolvidos; profissionais e usuários

valorizados, comunicação horizontalizadas em detrimento das verticalizadas, democracia fortalecida garantindo qualidade e legitimidade ao processo de decisão, ampliação do vínculo entre os diferentes atores sociais, co-responsabilização, maior conhecimento da realidade, aumento da resolubilidade e qualidade dos serviços. Tais aspectos resultarão no alcance do objetivo primordial da gestão – Garantia de Saúde.

### 5.3 Matriz Avaliativa

A Matriz é composta por três dimensões e está apresentada de forma sintética no quadro 1 e integralmente no apêndice 19.

- **Participação na Decisão**, com 2 indicadores e 5 medidas;
- **Articulação**, com 2 indicadores e 5 medidas;
- **Comunicação e Informação**, com 3 indicadores e 10 medidas.

A Dimensão **Participação na Decisão** refere-se à necessidade da inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão, entendendo que as políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são mais bem identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento participativo. Além disso, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas. Trata-se também de uma atribuição do Gestor Municipal garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de construção de políticas de saúde. Os indicadores eleitos para essa dimensão foram: Espaços de Participação e Planejamento Participativo.

A intenção do **indicador Espaços de Participação** é analisar a ampliação de espaços de participação além dos já normatizados na lei 8142/90. Também procura observar se a gestão garantiu em 2010 a existência de um espaço de participação com poder de deliberação sobre política de saúde. As medidas eleitas foram: *Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde*, classificando-se bom o município com no mínimo nove reuniões realizadas entre os meses março a novembro de 2010; *Existência de Ouvidoria ou instrumento de escuta permanente*

*de usuários e profissionais; e Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde Implantado*, sendo classificado como bom o percentual de no mínimo 50% para municípios com até 02 unidades de saúde e de 70% ou mais para municípios com mais de duas unidades de saúde.

O **indicador Planejamento Participativo** busca analisar a participação de diferentes atores no planejamento e foi medido através do *número de reuniões do Conselho Municipal de Saúde para aprovação do Plano Municipal de Saúde*, adotando como bom o município que realizou duas ou mais reuniões. A *existência de discussão do Plano Municipal de Saúde com técnicos das Unidades de Saúde* foi outra medida que compôs esse indicador.

Com a determinação social do processo saúde doença, a garantia de saúde extrapola os limites do setor, sendo assim a **Dimensão Articulação** reforça as ações integradas e a intersetorialidade dentro e fora do setor saúde, contribuindo para a percepção de aspectos que auxiliam e que são obstáculos ao alcance de resultados, promovendo maior resolubilidade.

O **indicador Articulação dentro do setor saúde** procura medir o nível de integração interna do setor, através das seguintes medidas: *Percentual de unidades de saúde que realizaram reuniões semanais de equipe de saúde da família no primeiro semestre de 2011*, sendo bom o município que alcançou 100%, ruim menos de 50% e Regular os demais resultados; *Percentual de participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010*, sendo bom a participação em 75% ou mais das reuniões; e *Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO*, classificando-se bom o município que alcançou 80% ou mais das metas, ruim para menos de 50% e regular os demais resultados.

O **indicador Articulação com outros setores** mede as ações de articulação com setores fora do setor saúde através das seguintes medidas: *Existência de representação de outras Secretarias Municipais na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social*, pois se encontram representadas na maioria dos conselhos de saúde (NEPAS, 2006). *A previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor saúde*, representou outra medida deste indicador.

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as

informações, qualificando a participação, a decisão e consequentemente a gestão. Neste sentido a **Dimensão Informação e Comunicação**, através dos seus indicadores Transparência, Educação Permanente e Monitoramento e Avaliação, é apontada como item essencial ao Modelo de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, pois garante formação permanente, comunicação e informação aos diversos atores envolvidos no processo saúde doença, componentes necessários para iniciar qualquer discussão e pactuação.

**O indicador Transparência** objetiva avaliar a intenção do gestor em publicizar as ações de saúde. Foi medido através da *publicização das deliberações do Conselho Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde*, por parte do gestor em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, televisão ou outras formas). O *número de audiências públicas para prestação de contas/relatórios das ações de saúde, realizadas em 2010* também compõe as medidas desse indicador. O município com quatro ou mais audiências realizadas no período foi considerado bom, regular se realizou até três audiências no período e ruim, nenhuma audiência realizada.

**O indicador Educação Permanente** intenciona a formação de atores sociais para participação. As medidas procuram garantir que a formação seja tanto de atores internos a gestão (Conselheiros de Saúde e Profissionais de Saúde), como da comunidade usuária do sistema. Quatro medidas foram pactuadas, a primeira analisa se o município *realizou capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010*; a segunda o *Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do SIAB e/ou do Pacto pela Saúde em 2010*, sendo classificado como bom o município que atingisse 100% das unidades; a terceira o *Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e Conhecimento sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito à Saúde e/ou Determinantes de Saúde*, classificando-se como bom o município em que 50% ou mais das unidades realizaram essa ação; e a última a *existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e Conhecimento sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito à Saúde e/ou Determinantes de Saúde*.

O último **indicador Monitoramento e Avaliação** procura refletir a intenção do gestor em acompanhar o desenvolvimento do setor saúde, relacionando com as ações implementadas. Essa preocupação

reflete a necessidade de informação para qualificar a gestão. As medidas destinadas a essa análise foram: a *aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde*; a *adesão pela Secretaria Municipal de Saúde a instrumentos de monitoramento e avaliação (AMQ e outros)*; e o *número de meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010*. Essa última medida foi alcançada analisando-se mês a mês o somatório da produção do SIA acrescido do somatório da produção do SIAB com relação aos marcadores atendimento a puericultura, atendimento pré-natal, atendimento a diabetes e atendimento a hipertensão arterial, escolhidos por não requisitar de uma categoria profissional específica para realização da ação. Classificou-se como bom o município que apresentou a somatória dos procedimentos/mês diferente de zero, e ruim igual a zero.

Quadro 2 –Matriz Avaliativa

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO		
INDICADOR	MEDIDAS	PARÂMETRO
<b>Espaços de Participação</b>	• Número de Reuniões do Conselho de Saúde em 2010	BOM:(09) Nove ou mais reuniões RUIM: Menos de 9
	• Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de escuta	BOM: SIM RUIM: NÃO
	• Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.	• <b>Mun. com até duas US</b> BOM: Igual ou maior a 50% RUIM: Menor de 50% • <b>Municípios com mais de duas</b> BOM: Igual ou maior a 70% RUIM: Menor de 70%
<b>Planejamento Participativo</b>	• Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.	BOM: duas ou mais RUIM: Menos de 2

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.</li> </ul>	BOM: SIM RUIM: NÃO
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>		
<b>Articulação dentro do setor saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Unidades de Saúde que realizaram reuniões semanais de equipe no primeiro semestre de 2011.</li> </ul>	BOM: 100% PARCIAL: 50% a 99,9% RUIM: < 50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.</li> </ul>	BOM: Igual ou maior de 75% RUIM: Menos de 75%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumprimento de metas do SISPACTO em 2010.</li> </ul>	BOM: Acima de 80% PARCIAL: 50% a 80% RUIM: Menos de 50%
<b>Articulação com outros setores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social.</li> </ul>	BOM: SIM RUIM: NÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.</li> </ul>	BOM: SIM RUIM: NÃO
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>		
<b>Transparência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público em 2010.</li> </ul>	BOM=SIM RUIM=NÃO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público.</li> </ul>	BOM=SIM RUIM=NÃO

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.</li> </ul>	<p>BOM: quatro ou mais.          PARCIAL: Até três.          RUIM: Nenhuma.</p>
<b>Educação Permanente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010.</li> </ul>	<p>BOM: SIM          RUIM: NÃO</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do SIAB e/ou do Pacto em 2010.</li> </ul>	<p>BOM=100%          RUIM=&lt;100%</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.</li> </ul>	<p>BOM: 50% e +          RUIM: &lt; 50%</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.</li> </ul>	<p>BOM: SIM          RUIM: NÃO</p>
<b>Monitoramento e Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho</li> </ul>	<p>BOM: SIM          RUIM: NÃO</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação 2010-2011.</li> </ul>	<p>BOM: SIM          RUIM: NÃO</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.</li> </ul>	<p>BOM:NENHUM          RUIM: ALGUM</p>

O ajuizamento das medidas, indicadores e dimensões da matriz avaliativa obedeceu ao seguinte critério geral de classificação:

- **BOM:** Para mais de 50% de resultado BOM e nenhum resultado RUIM;
- **RUIM:** Para mais de 50% de resultado RUIM e nenhum resultado BOM;
- **Parcial:** Os demais resultados.

**MEDIDAS:** As medidas foram avaliadas de acordo com o parâmetro pactuado em oficina de consenso.

**INDICADOR:** O cálculo para classificação dos indicadores foi realizado agrupando os resultados das medidas que compunham cada indicador, adotando-se o critério geral de classificação.

**DIMENSÕES:** Para classificação das dimensões foi adotado o mesmo critério geral de classificação, com agrupamento do resultado dos indicadores.

Para classificação da gestão foram agrupados os resultados da classificação das dimensões.

A Matriz de Julgamento está representada no Quadro 3.

**Quadro 3 – Matriz de Julgamento**

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO					
	MEDIDA	PARÂMETRO	JUÍZO PARA INDICADOR	JUÍZO PARA DIMENSÃO	AVALIAÇÃO DA GESTÃO
Espaços de Participação	1	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 9 (3) PARCIAL:	$\Sigma$ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL:	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	a) BOM (3) RUIM (0) b) BOM (3) RUIM (0)	RUIM: 0 (0)		
Planejamento Participativo	4	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 6 (3)	L: 1-5 (1) RUIM: 0	
	5	BOM (3) RUIM (0)	PARCIAL: 3 (1)	(0)	



			RUIM: 0 (0)	
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>				
<b>Articulação dentro do setor</b>	<b>6</b>	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 1-5 (1) RUIM: 0 (0)
	<b>7</b>	BOM (3) RUIM (0)		
	<b>8</b>	BOM (3) PARCIAL (1) RUIM (0)		
<b>Articulação com outros</b>	<b>9</b>	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 3 (1) RUIM: 0 (0)	
	<b>10</b>	BOM (3) RUIM (0)		
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>				
<b>Transparência</b>	<b>11</b>	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 2-6 (1) RUIM: 0-1 (0)
	<b>12</b>	BOM (3) RUIM (0)		
	<b>13</b>	BOM (3) PARCIAL (1) RUIM (0)		
<b>Educação Permanente</b>	<b>14</b>	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 12 (3) PARCIAL: 3-9 (1) RUIM: 0 (0)	
	<b>15</b>	BOM (3) RUIM (0)		
	<b>16</b>	BOM (3) RUIM (0)		
	<b>17</b>	BOM (3) RUIM (0)		

<b>Monitoramento e Avaliação</b>	<b>18</b>	BOM (3) RUIM (0)	$\Sigma$ Escores BOM: 9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0 (0)		
	<b>19</b>	BOM (3) RUIM (0)			
	<b>20</b>	BOM (3) RUIM (0)			

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários: Concepção e Organização**, vol. 1. Série Saúde e Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

ALMEIDA, Célia. BASCOLO, Ernesto. **La utilización de los resultados de la investigación en el proceso de decisión, formulación y implementación de políticas: una revisión de la literatura.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, suppl., pp. S7-S19. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2006001300002.

ALVES, Cinthia Kalyne de Almeida et al. **Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s145-s156. ISSN 1519-3829. doi: 10.1590/S1519-38292010000500013.

BANCO MUNDIAL. **Monitoramento e avaliação, algumas ferramentas, métodos e abordagens.** Banco Mundial Washington, D.C. 2004

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/principal.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm)>. Acesso em: 23 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS.** Brasília, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participativa\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participativa_2ed.pdf)>. Acesso em: 04 de març. 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Participação social no SUS: O olhar da Gestão Municipal.** Brasília, 2009b. Disponível em: <[http://www.conasems.org.br/files/cartilha\\_participacao\\_social\\_setembro.pdf](http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990a.** <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. **Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990b.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1124](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124)>.  
Acesso em: 07 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Brasília, 1990c. Disponível em: <<http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização.** Brasília, 2000. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/descentrasus/sudescentraliza2000.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de gestão participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de saúde no Brasil.** Versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: ERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <<http://webmail.profunisiam.com.br/~luziamag/Pol%EDtica%20de%20Sa%FAde/Bravotexto1-5.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2010.

CALVO, Maria Cristina Mariano; HENRIQUE, Flávia. **Avaliação:** algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jeferson Luiz. *A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Ed. UNISUL, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Resenha do Livro “A construção do SUS a partir do Município”**. SILVA, Sílvia Fernandes da. In *Revista Saúde em Debate*. Londrina: Hucitec, n. 51. p. 98, 1996.

\_\_\_\_\_. **O anti-Taylor:** sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.

CARPINTÉRO, Maria do Carmo Cabral et al. **Enfrentando o desânimo e o descrédito:** a participação dos trabalhadores da saúde na gestão do SUS em Várzea Paulista. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 61-65.

CASSIANI, Silvia Helena de Bertoti; RODRIGUES, Liliani Passarelli. **A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem**. *Acta Paul. Enf. São Paulo*. V.9, n.3, p. 76-83, 1996.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. **Gerência do trabalho em saúde:** Desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo. [dissertação de mestrado em Medicina Preventiva]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1996.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 710 p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; DENIS, Jean-Louis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na

análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-48.

CÔRTEZ, Soraya M. Vargas. **As origens da idéia de participação na área da saúde.** Revista Saúde em Debate. Londrina, n. 51. p. 30-37. 1996.

\_\_\_\_\_. Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700022&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 fev. 2011.

COSTA, Frederico Lustosa da; CASTANHAR, José Cezar. **Avaliação de programas públicos:** desafios conceituais e metodológicos. Revista de Administração Pública, 37 (5), pp. 969-992, 2003.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SALAZARN, Pedri Eugenio Lopez. **Análise da gestão municipal dos serviços de saúde.** Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, out/dez; 16(4):465-71, 2008.

FELISBERTO, Eronildo et al. **Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação.** Caderno de Saúde Pública, 24 (9). Rio de Janeiro, 2008.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros (Org.) ; MENDES, Rosilda (Org.). **Promoção da saúde e gestão local.** 1. ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild (Hucitec), 2007. 147 p.

FERREIRA, Sibebe Maria Gonçalves. Sistema de Informação em Saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde:** textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 171-191.

FILHO, Santos Barbosa Serafim; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. **Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização:** experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Interface (Botucatu)*, 2009, vol.13, supl.1, p.615-626.

FURTADO, Juarez Pereira. Um **método construtivista para a avaliação em saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 6 (1), 2001.

GIOVANELLA, Lúgia. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.

GUIZARDI, Francini Lube. **Do controle social à gestão perspectiva (pós-soberanas) da Participação Política no SUS.** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008. Disponível em:

<[http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/guizardi\\_francine%20.pdf](http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/guizardi_francine%20.pdf)>.

Acesso em: 03 març. 2010.

GONCALVES, Maria Augusta Salin. **Teoria da ação comunicativa de Habermas:** possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Educ. Soc., Campinas, v. 20, n. 66, Apr. 1999. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301999000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007&lng=en&nrm=iso)>.

Acesso em: 31 Jan. 2011.

GOULART, Bethania Ferreira; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.9, pp. 2123-2130. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2008000900018.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria de la acción comunicativa, I** racionalidad de la acción y racionalización social. Buenos Aires: Taurus Humanidades, c1999. 517p.

\_\_\_\_\_. **Consciência moral e agir comunicativo.** 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro, 2003. 236p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação dos programas de saúde:** perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.2, pp. 341-353. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81231999000200009.

\_\_\_\_\_. SILVA, Lígia Maria Viera da (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

KWASNICKA, Eunice Lacava. **Introdução a administração**. 5. ed., rev e ampl. São Paulo: Atlas, 1995. 261 p

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. **Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.6, pp. 2123-2134. ISSN 1413-8123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600019&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

LACERDA, Josimari Telino de; MAGAJEWSKI, Flávio Ricardo de Lacerda; MACHADO, Neila Maria Viçosa. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia de saúde da família**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. [Recurso eletrônico] – Florianópolis: UFSC, 2010.106 p.

LACOMBE, Francisco José Masset; HEILBORN, Gilberto Luiz José. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LIMA, Henrique Dagomar. **Avaliação de programas e responsabilização dos agentes públicos pelo resultado da ação governamental: O Papel do Tribunal de Contas da União**. In: Brasil. Tribunal de Contas da União. Prêmio Serzedello Corrêa 2003: monografias vencedoras, Brasília: TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2005. 167p.

LIMA, Juliano de Carvalho. **Gestão estratégica de sistemas de saúde: Estudo de Caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações**. [dissertação de mestrado de saúde pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP – FIOCRUZ; 2003.

LOTUFO, Márcia. MIRANDA, Alcides Silva de. **Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde**. *Rev. Adm. Pública* [online]. 2007, vol.41, n.6, pp. 1143-1163. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000600007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000600007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 25 jun. 2010.

MATUS, Carlos. **Estrategia y plan**. 2. Ed. México, Siglo XXI, 1978. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Carlos. **Estratégia políticas**: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi; Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.

\_\_\_\_\_. Carlos. **Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional**. In RIVERA. Francisco Javier Uribe (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Tradução de Elizabeth Artmann. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

MAXIMIANO, Antônio Cesar Amaru. **Introdução à administração**. 5. ed. Ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 2000.

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

MILANI, Carlos R. S.. **O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais**: uma análise de experiências latino-americanas e européias. Rev. Adm. Pública [online]. 2008, vol.42, n.3, pp. 551-579. ISSN 0034-7612. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a06v42n3.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

MOKATE, K. M. **Convirtiendo el ‘monstruo’ en aliado**: a avaliação como herramienta de la gerencia social. Revista do Serviço Público, 2002, 8(1), 91-136.

MOTTA, Paulo Roberto. **Transformação organizacional**: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed, 1999.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira; NOZAWA, Márcia Regina. **O município de Campinas e a**

**organização da Secretaria Municipal de Saúde.** Revista de Ciências Médicas, Campinas, 16(3):161-173, maio/jun., 2007.

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

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde coletiva:** uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wager de Sousa (Org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, Ed Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de.  
**Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande.** MS. 1994-2002. *Saúde Soc.* [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 141-153. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/14.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

PAIM. Jairnilson Silva. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

REESE-SCHÄFER, Walter. **Compreender Habermas.** Tradução de Vilmar Schneider. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2008.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth.  
**Planejamento e gestão em saúde:** flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, Francisco Javier Uribe. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 17-36p.

ROS, Marco Aurélio Da; **Políticas de saúde no Brasil.** In: Marcos Bagrichevsky; Alexandre Palma; Adriana Estevão; Marco Aurélio Da Ros – org. A Saúde em debate na Educação Física. Vol. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240 p.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde:** o papel da universidade. *Estud. av.* [online]. 1999, vol.13, n.35, p. 71-88. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100007&script=sci_abstract)>.

Acesso em: 27 jun 2010.

SCALCO, Sirlésia Vigará. **Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde** [dissertação de mestrado de saúde pública]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de saúde pública; 2008.

SILVA, Ademir Alves da Silva. **Política social e política econômica**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Ano XVIII, n. 55. São Paulo: Cortez, 1997.

SORATTO, Jacks; FARIA, Eliana Marília. **O diálogo como alternativa à participação popular e o controle social na saúde**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 90-93.

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

<<http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/textocompleto/adolescente/capitulo/cap01-12.htm>>.

Acesso em: 28 jul. 2010.

TESTA, Mário. **Mário Testa e o planejamento estratégico em saúde**. In RIVERA. Francisco Javier Uribe (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Tradução de Elizabeth Artmann. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172p.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. **Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética**. *Texto Contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.1, pp. 82-88. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

WRIGHT James Terence Coulter; GIOVINAZZO Renata Alves.  
**Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo.**  
Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo 2000; vol. 1, nº 12,  
2º Trimestre. Disponível em:  
<[www.cgee.org.br/atividades/redirKori/861](http://www.cgee.org.br/atividades/redirKori/861)>. Acesso em: 15 ago. 2010.

## PARTE 2 - ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

**Título:** Modelo de Avaliação da Gestão Municipal do SUS na ótica da Gestão Estratégica e Participativa.

**Título em inglês:** Evaluation model of strategic management and participatory municipal SUS.

**Título corrido:** Avaliação da Gestão Estratégica e Participativa

Autores:

Simone Aparecida Passos<sup>1</sup>

Josimari Telino de Lacerda<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva –  
Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>2</sup> Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública – UFSC

**Endereço para correspondência:**

Simone Aparecida Passos

Rua Nossa Senhora de Fátima, n.639 – Campeche

Florianópolis - SC – CEP: 88066-020

E-mail: [sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)



## RESUMO

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão municipal do SUS sob a ótica da gestão estratégica e participativa. Trata-se de uma pesquisa metodológica que utilizou referenciais teóricos da gestão estratégica e participativa, a legislação do Sistema de Saúde Brasileiro e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. A elaboração do modelo teve como base conceitual a avaliação normativa. Os modelos teórico e lógico, os indicadores, as medidas e os parâmetros de julgamento foram validados por técnica de consenso com técnicos dos três níveis de gestão do SUS e especialistas em avaliação e gestão. As três dimensões, sete indicadores e vinte medidas que compõem a matriz avaliativa abordam a participação de diferentes atores nas decisões em saúde, a articulação interna e externa da gestão para garantir ações integradas e intersetoriais, e a informação e comunicação em saúde. Foi testada a aplicabilidade do modelo em 20 municípios catarinenses. A análise dos dados demonstrou a viabilidade do modelo para avaliar se o gestor municipal adota uma gestão estratégica e participativa, segundo orientação do referencial teórico e normativo.

**Palavras chaves:** avaliação em saúde, gestão em Saúde, gestão estratégica e participativa.





## ABSTRACT

This paper presents an evaluation model of municipal management of the SUS from the perspective of strategic management and participatory. This is a methodological study that used theoretical frameworks of strategic management and participatory, the law of the Brazilian Health System (SUS) and the National Policy for Strategic and Participative Management in SUS. The development model was based on conceptual and normative evaluation. The theoretical and logical models, indicators, measures and parameters of judgment were validated by consensus with technical experts from the three levels of SUS management and experts in assessment and management. The three dimensions, and twenty measures seven indicators that make up the matrix evaluation approach involving different actors in health decisions, the coordination of internal and external management for integrated, intersectoral actions, and information and health communication. We tested the applicability of the model in 20 municipalities of Santa Catarina. Data analysis demonstrated the feasibility of the model to assess whether the city manager adopts a strategic management and participatory second guidance of the Ministry of Health.

**Keywords:** health assessment, health management, strategic management and participatory.



## INTRODUÇÃO

O principal objetivo da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantir saúde à população de sua responsabilidade<sup>1</sup>. Essa garantia implica no atendimento a diferentes especificidades que se apresentam em determinado território e por sua vez remete ao detalhamento dos fatores e determinantes do processo saúde doença que configuram tais necessidades. O pressuposto de que saúde é determinada socialmente e que para garanti-la é necessário analisar o contexto, as regras informais, considerar valores e interesses de indivíduos e coletivos, balizou municipalização do sistema de saúde e a responsabilização do gestor municipal como principal ator no processo de identificação das necessidades e no planejamento das ações necessárias a garantia de saúde<sup>2</sup>. Remete ainda à necessária implantação de modelos de gestão adequados ao novo propósito.

O planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde de forma participativa está prevista na legislação do SUS<sup>3</sup>. O processo participativo auxilia a identificação dos fatores envolvidos no processo saúde-doença de cada comunidade, estabelece mecanismos de comunicação entre a gestão e diferentes atores envolvidos direta ou indiretamente com os problemas, cria mecanismos de co-responsabilização ao propiciar a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente, aumenta o potencial de resolução dos problemas e assegura a governabilidade.

À luz do conceito ampliado de saúde, a garantia de ações necessárias à resolução dos problemas ultrapassa o setor, e torna indispensável o envolvimento de outras políticas e setores que determinam ou condicionam a produção de saúde local<sup>4</sup>. Essa concepção influencia o processo de gestão, onde os conceitos de co-gestão, co-responsabilidade, compartilhamento e pactuação aparecem em destaque. As ações centralizadas e enrijecidas, herança dos modelos de gestão do início do século XX, dão espaço às flexibilizadas, caracterizadas pela forte articulação e negociação entre os atores implicados no processo saúde-doença, proporcionando dispersão e compartilhamento de poder<sup>5</sup>.

Essa forma de gestão segundo Matus<sup>6</sup>, além de proporcionar a equidade, possibilita a análise estratégica, onde se observa a viabilidade e factibilidade das ações propostas. A análise desses componentes acrescenta maior resolubilidade às propostas, visto que a eleição de medidas foi realizada de forma coletiva e pactuada. Diante dessa

análise, pode o gestor mobilizar a comunidade em prol de auxiliar na participação da resolução dos problemas locais<sup>7</sup>.

Reunir esforços, conciliar interesses e visões muitas vezes antagônicas para atingir um objetivo é o desafio de se construir o Sistema Único de Saúde sob a égide do Modelo de Gestão Estratégica e Participativa<sup>3</sup>.

A orientação para uma gestão participativa no SUS tem como marco legal a lei 8142/90<sup>8</sup>. Algumas iniciativas importantes remetem à institucionalização de um modelo de gestão, que articule e mobilize diferentes sujeitos relacionados ao processo de determinação da saúde. A implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS)<sup>3</sup> materializa esse empenho. Desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP) em 2006, integra aporte financeiro e um conjunto de medidas que orientam as ações de gestores na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática do SUS. A PARTICIPASUS objetiva a institucionalização e fortalecimento de ações que promovam a formulação, deliberação e avaliação da política de saúde de forma coletiva e co-responsável. Reforça também a convicção de que a adoção de formas participativas na condução da gestão amplia sua qualidade e efetividade.

Esse estudo teve como objetivo desenvolver um modelo de avaliação da gestão municipal do SUS, na ótica do Modelo de Gestão Estratégica e Participativa. Pretende que os indicadores eleitos possam proporcionar reflexão sobre a participação no SUS e contribuir para o aperfeiçoamento da condução da gestão municipal nessa direção.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica<sup>9</sup> cujo produto foi a construção de um modelo de avaliação. Adotou-se como base conceitual a avaliação normativa<sup>10</sup>. O objeto de análise foi a proposta de Gestão Estratégica e Participativa no SUS e o elemento de avaliação, a gestão municipal de saúde.

A construção do modelo de avaliação foi dividida em duas etapas: definição dos modelos teórico e lógico, e desenvolvimento da matriz avaliativa. Foram utilizadas duas estratégias metodológicas: consulta a bibliografia e consulta a especialistas.

Os referenciais normativos e teóricos analisados para a definição dos modelos teórico e lógico e para identificação de elementos da matriz avaliativa foram: a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS<sup>3</sup>, leis e portarias normativas do Sistema Único de Saúde<sup>1,3,8,11,12,13,14,15,16</sup> e bibliografia sobre Gestão Participativa<sup>4,5,17,18,19,20,21</sup>. A revisão bibliográfica considerou pesquisa em livros, dissertações e realização de revisão da produção científica no site de banco de dados de literatura BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando os descritores "gestão em saúde", "gestão participativa", "participação em saúde", "gestão colegiada" e "co-gestão". O objetivo foi reconhecer o objeto de estudo para elaboração de propostas a serem submetidas à análise crítica de especialistas.

A consulta a especialistas ocorreu através de Oficinas de Consenso. A metodologia de oficina de consenso é uma experiência de trabalho que tem como objetivo definir pontos consensuais de determinada proposta<sup>22</sup>. Foram utilizadas duas técnicas de consenso: Método Delphi e Comitê Tradicional. O grupo das oficinas era composto por profissionais do serviço de saúde e da academia com experiência em gestão e/ou avaliação, representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina e da universidade num total de onze integrantes. As oficinas ocorreram entre os meses de dezembro de 2010 a agosto de 2011.

O método Delphi orientou a definição dos modelos teórico e lógico e parte da matriz avaliativa. O Comitê Tradicional foi aplicado na definição dos parâmetros e na emissão de juízo de valor.

A proposta final de matriz apresenta três dimensões, sete indicadores e vinte medidas das quais dezessete necessitaram a coleta de dados primários e três são obtidas em fontes oficiais de dados secundários. Uma vez definida, a matriz avaliativa foi submetida a um

teste de aplicabilidade em 22 municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis. A escolha desses municípios foi motivada pela facilidade de acesso aos mesmos, e pela possibilidade de testar a matriz em municípios de portes populacionais com variação de 3 a 400 mil habitantes.

Antes da aplicabilidade, a pesquisa foi apresentada e discutida em reunião do Colegiado de Gestão Regional da referida Região de Saúde, seguida de contato com os municípios via email e telefone para confirmar o interesse em participar e solucionar eventuais dúvidas.

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário online elaborado no FORMSUS, composto de questões abertas e fechadas, referentes ao exercício de 2010 e 2011, totalizando 53 questões. O questionário foi disponibilizado pelo período de 30 dias. Por ser uma avaliação de gestão, abrangendo diferentes áreas, coube ao gestor definir os técnicos que forneceriam os dados, deixando claro que a veracidade era de sua inteira responsabilidade. Os dados secundários foram disponibilizados pela Associação de Municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis e pelo site do DATASUS.

O foco da análise dos dados coletados nos municípios foi a contribuição e adequação dos indicadores e medidas no processo de avaliação do referido objeto, observando a consistência das informações geradas, a viabilidade da coleta dos dados, a possibilidade de reprodução do modelo e o comportamento do modelo em municípios de diferentes portes populacionais.

Com base nos dados coletados e analisados realizou-se a última etapa de construção do modelo através de oficina de consenso, com a técnica de Comitê Tradicional via web conferência. Os objetivos dessa etapa foram: ajuste da matriz avaliativa, definição de parâmetros e da escala para emissão de juízo de valor. Para essa discussão foi apresentado o resultado da aplicação da matriz nos municípios, juntamente com propostas de parâmetros baseadas na distribuição dos resultados por quartil e na observação da legislação. A oficina teve duração de duas horas e a dinâmica foi de leitura de cada medida e parâmetro com discussão por indicador.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovada sob o nº 2132/2011 e seu desenvolvimento atendeu a todos os requisitos éticos pertinentes. Todos os municípios que participaram da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em três blocos: apresentação dos modelos teórico e lógico, descrição da matriz avaliativa e o resultado do teste de aplicação do modelo avaliativo.

### a) OS MODELOS TEÓRICO E LÓGICO

O modelo teórico (Figura 1) que orienta a avaliação do objeto deste estudo parte do pressuposto de que a formulação e deliberação da Política de Saúde devem ocorrer de forma coletiva, reafirmando os preceitos constitucionais e legais do SUS<sup>1</sup>, já que saúde é um objeto complexo, determinado por variáveis sociais, políticas e econômicas. Diante dessa especificidade, a saúde deve ser provida com a intervenção de diferentes instâncias e forças sociais, cada qual com seus interesses, diferentes visões e objetos de atenção<sup>17</sup>.

No modelo esquemático, os contextos **Sócio-político, Sanitário e Técnico-operacional**, representados respectivamente **por atores sociais e políticos; pela condição de saúde da população e pelas demandas de natureza técnica**, interferem no processo de gestão. Esses contextos apresentam diferentes necessidades, visões e interesses causando disputa no processo de gestão. Tais disputas conferem a necessidade de negociação e pactuação de ações de saúde por parte do gestor<sup>23</sup>. Dessa forma, cabe à gestão em saúde adotar uma postura estratégica, a partir da promoção do diálogo, articulação e pactuação com os diversos atores implicados na produção de saúde, análise da viabilidade e factibilidade das intervenções propostas de forma a atingir seu primordial objetivo: garantir saúde à população sob sua responsabilidade.

O modelo lógico (Figura 1) constitui-se a operacionalização da teoria, onde de forma esquemática se inserem aspectos de implementação da proposta de Gestão Estratégica e Participativa. Expressa a necessária **articulação** dos gestores com os diversos atores envolvidos na determinação de saúde, com a intenção de compor uma unidade na produção de saúde e integração de ações em um mesmo sentido. A necessidade de pactuação e trabalho conjunto com diferentes atores se dão pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e a garantia de saúde extrapolam os limites do setor. Torna-se importante também a criação de diferentes mecanismos de **participação e escuta da sociedade**, que se articulados à formulação das políticas de saúde, auxiliam no alcance dos resultados. Outra importante estratégia é a ampliação da **comunicação** e do acesso à

**informação**, incrementando à participação da sociedade nas decisões políticas referentes à saúde.

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa<sup>3</sup>, essas práticas contribuem na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões.

Todas essas ações garantem como resultados imediatos o *empoderamento* dos atores envolvidos; valorização dos profissionais e usuários; adoção de mecanismos de comunicação horizontal; fortalecimento da democracia ao assegurar qualidade e legitimidade ao processo de decisão; ampliação do vínculo entre os diferentes atores sociais; co-responsabilização das ações; maior apreensão e discernimento da realidade; aumento da resolubilidade e qualidade dos serviços. Tais aspectos resultarão no alcance do objetivo primordial da gestão: garantir saúde à população de sua responsabilidade.



**Figura 1 – Modelos Teórico e Lógico da Gestão Municipal do SUS Estratégica e Participativa.**

### Modelo Teórico



### Modelo Lógico



## b) DESCRIÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA

A Matriz Avaliativa está apresentada de forma sintética no Quadro 1. É composta pelas dimensões **Participação na Decisão** com dois indicadores e duas medidas; **Articulação** com dois indicadores e duas medidas; e **Informação e Comunicação** com três indicadores e dez medidas.

**Quadro 1** – Matriz Avaliativa

PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO (05)		ARTICULAÇÃO (05)	
Espaços de Participação (03)		Articulação dentro do setor saúde (03)	
Planejamento Participativo (02)		Articulação com outros setores (02)	
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (10)			
Transparência (03)	Educação Permanente (04)	Monitoramento e Avaliação (03)	

A Dimensão **Participação na Decisão (PD)** refere-se a necessidade da inclusão de atores, com diferentes interesses e necessidades no processo de decisão da gestão. Parte da compreensão de que as necessidades de saúde são mais bem identificadas nos locais onde elas se apresentam e de que a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento participativo<sup>24</sup>. Configura-se uma atribuição do Gestor Municipal garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de construção de políticas de saúde. Os indicadores eleitos para essa dimensão foram: *Espaços de Participação e Planejamento Participativo*.

O indicador *Espaços de Participação (EP)* observa se há participação no planejamento e avaliação da política de saúde de forma sistemática e freqüente. Avalia também a ampliação e distribuição de espaços que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais nas discussões da política além dos já legalmente institucionalizados. O número de *reuniões dos conselhos de saúde*, a *existência de mecanismos de escuta* e o *percentual de unidades de saúde com conselhos locais* são as medidas desse indicador

O indicador **Planejamento Participativo (PP)** reflete a atribuição do gestor em garantir a discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade por diferentes atores. Essa conduta proporciona a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção. *A discussão do Plano Municipal de Saúde com os técnicos das Unidades Locais e o número de reuniões para apreciação do mesmo pelo conselho municipal de saúde* são as duas medidas propostas para esse indicador.

Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com atores e setores de diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido<sup>24,25</sup>. A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor. Neste modelo a Dimensão **Articulação** representa essa intenção e foi traduzida nos indicadores: **Articulação Dentro do Setor Saúde e Articulação com Outros Setores**.

O indicador **Articulação Dentro do Setor Saúde (AD)** pretende observar a interação do gestor municipal no espaço interno da secretaria com diferentes atores e desses atores entre si, além da interação externa à secretaria mas ainda no setor saúde como Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretarias de Saúde e outros municípios. O indicador é aferido pelas medidas: *Reuniões semanais das equipes de saúde, participação nas reuniões do Colegiado de Gestão Regional e cumprimento de metas do Pacto*.

A gestão municipal de saúde deve relacionar-se também com órgãos fora do setor saúde, vinculados ou não à esfera governamental. A **Articulação com Outros Setores (AO)** propicia a integração de ações, a percepção de aspectos que auxiliam ou que são obstáculos ao alcance de resultados, promovendo maior resolubilidade. Neste campo interessa articulação com as outras secretarias do governo municipal, poder legislativo e judiciário e demais instituições vinculadas ao processo saúde-doença. *Representantes de secretarias municipais compondo o conselho municipal de saúde para além da educação e assistência social, e a previsão de ações em conjunto com instituições externas ao setor saúde no Plano* são as medidas deste indicador

Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização da informação e a qualificação da comunicação

em saúde ainda são desafios nos processos de gestão. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa<sup>3</sup> é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulguem e debatam as informações, qualificando a participação, a decisão e consequentemente a gestão. A informação e a comunicação configuram bases para iniciar qualquer discussão, pois proporcionam o *empoderamento* e mobilização dos atores sociais e qualificam a tomada de decisão. A **Dimensão Informação e Comunicação**, através dos seus indicadores *Transparência*, *Educação Permanente* e *Monitoramento e Avaliação*, integra o modelo de avaliação.

O indicador *Transparência (T)* objetiva avaliar a intenção do gestor em tornar públicas as ações e resultados da gestão, através de três medidas: *acesso público às deliberações do conselho municipal e do plano municipal de saúde, realização de audiências públicas para prestação de contas*. As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e das ações de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde. O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais o acompanhamento e gerenciamento das ações e uso do recurso público.

O indicador *Educação Permanente (EPM)* reflete a formação de atores sociais para a participação. A educação permanente<sup>3</sup> baseada num processo gerador de informação e comunicação aos atores envolvidos no processo saúde doença propicia maior conhecimento do setor saúde e, por conseguinte amplia a qualidade participativa, fortalecendo o protagonismo dos atores envolvidos no processo de produção da saúde e na defesa do SUS. Cabe ao gestor propiciar e incentivar ações neste sentido. As quatro medidas eleitas procuram garantir que a formação seja tanto de atores internos a gestão como da comunidade usuária do sistema.

Os estados e municípios possuem autonomia para implementar a política pública de saúde de acordo com sua realidade<sup>2</sup>. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população. A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de monitoramento e avaliação. O indicador *Monitoramento e Avaliação (MA)* procura refletir a intenção do gestor em acompanhar o desenvolvimento do setor saúde aderindo a mecanismos de

monitoramento e avaliação e em gerar informação qualificada que possibilitem compreender, monitorar e avaliar os fatores que influenciam o desempenho do SUS. As medidas destinadas a essa análise foram três: *apreciação do relatório anual pelo conselho, adesão a instrumento de monitoramento e avaliação, e número de meses sem registro de informação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do SIAB em 2010*. Essa última foi aferida a partir do somatório da produção mensal do SIA acrescido do somatório da produção do SIAB com relação aos marcadores atendimento a puericultura, atendimento pré-natal, atendimento a diabetes e atendimento a hipertensão arterial, escolhidos por não requisitar uma categoria profissional específica para realização da ação.

Para emissão de juízo de valor foi acordado que todas as dimensões, por apresentarem aspectos de igual importância para o objeto avaliado, apresentem pesos iguais e indicadores também com pesos iguais adequados à dimensão. O ajuizamento dos indicadores, das dimensões e da gestão obedece aos seguintes critérios de classificação: *BOM* para mais de 50% de alcance de resultados BONS e nenhum resultado RUIM; *RUIM* para mais de 50% de resultados RUIM e nenhum resultado BOM; *PARCIAL* para os demais resultados.

Para efeito de cálculo as classificações *BOM*, *PARCIAL* e *RUIM* receberam escores *três, um e zero* respectivamente. O ajuizamento dos indicadores foi realizado pelo somatório dos resultados das medidas. Para as dimensões, agrupou-se os resultados dos indicadores e para o juízo de valor final da gestão, os resultados das dimensões. A síntese da metodologia de ajuizamento está apresentada no Quadro 3.

**Quadro 2: Matriz composta de dimensões, indicadores, medidas, parâmetros e suas referências.**

	<b>MEDIDAS</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
<b>PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO</b>	<b>ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO (EP)</b>		
	1. Número de Reuniões do Conselho de Saúde em 2010	BOM: $\geq 9$ RUIM: $< 9$	Resolução 333/03
	2.Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de escuta	BOM: SIM RUIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup> .
	3.Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.	<b>Municípios com até 2 US.</b> BOM: $\geq 50\%$ RUIM: $< 50\%$ <b>Municípios com &gt; 2 US</b> BOM: $\geq 70\%$ RUIM: $< 70\%$	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup> .
	<b>PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO (PP)</b>		
	1.Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS	BOM: $\geq 2$ RUIM: $< 2$	Apreciação e Deliberação Oficinas
	2.Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>

<b>ARTICULAÇÃO</b>	<b>ARTICULAÇÃO DENTRO DO SETOR SAÚDE (AD)</b>		
	1. % Unidades de Saúde que realizaram reuniões semanais de equipe no 1 <sup>o</sup> semestre de 2011.	BOM: 100% PARCIAL: 50% a 99,9% RUIIM: < 50%	Política Nacional de A. Básica <sup>15</sup> e PARTICIPASUS <sup>3</sup> .
	2. % Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.	BOM: ≥75% RUIIM: < 75%	Leis de Diretrizes Básicas da Educação (LDB) <sup>26</sup>
	3. Cumprimento de metas do SISPACTO em 2010.	BOM: > 80% PARCIAL: 50% a 80% RUIIM: < 50%	Oficinas
	<b>ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES (AO)</b>		
	1. Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção da Educação e Assistência Social.	BOM: SIM RUIIM: NÃO	Educação e Assistência Social compõem maioria dos conselhos <sup>27</sup>
	2. Previsão no Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.	BOM: SIM RUIIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>

<b>INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>	<b>TRANSPARÊNCIA (T)</b>		
	1. Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público em 2010.	BOM=SIM RUIM=NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>
	2. Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público.	BOM=SIM RUIM=NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>
	3. Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das ações de saúde.	BOM: $\geq 4$ PARCIAL: 1 a 3 RUIM: 0	A lei 8689/93, reforçada pela LEI 12.438/11 <sup>13</sup>
	<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE (EPM)</b>		
	1. Realização de Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS e SISPACTO <sup>16</sup>
	• Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.	BOM=100% RUIM= $\leq$ 100%	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>
	• Percentual de Unidades de Saúde que desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.	BOM: $\geq$ 50% RUIM: $<$ 50%	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>



• Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>
<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (MA)</b>		
• Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Normativa da Portaria GM/MS 3176/2009 <sup>14</sup> .
2. Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação (AMQ ou outros) no período 2010-2011.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>
3. Número de meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.	BOM: NENHUM RUIM: ALGUM	Orientação da PARTICIPASUS <sup>3</sup>

Quadro 3 – Matriz de Julgamento

INDICADORES	MEDIDA	PARÂMETRO	JUÍZO PARA O INDICADOR	JUÍZO PARA DIMENSÃO	AValiação DA GESTÃO
<b>DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO</b>					
Espaços de Participação	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 9 (3) PARCIAL: 6-3 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 1-5 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 2-6 (1) RUIM: 0-1 (0)
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	a) BOM (3) RUIM (0) b) BOM (3) RUIM (0)			
Planejamento Participativo	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 3 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 1-5 (1) RUIM: 0 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>					
Articulação dentro do setor	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 1-5 (1) RUIM: 0 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	BOM (3) PARCIAL(1) RUIM (0)			
Articulação com outros setores	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 3 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 6 (3) PARCIAL: 1-5 (1) RUIM: 0 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>					
Transparência	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 2-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	BOM (3) PARCIAL (1) RUIM(0)			
Educação Permanente	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 12 (3) PARCIAL: 3-9 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 2-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	BOM (3) RUIM (0)			
	4	BOM (3) RUIM (0)			
Monitoramento e Avaliação	1	BOM (3) RUIM (0)	∑ Escores BOM: 9 (3) PARCIAL: 3-6 (1) RUIM: 0 (0)	∑ Escores BOM: 7-9 (3) PARCIAL: 2-6 (1) RUIM: 0-1 (0)	
	2	BOM (3) RUIM (0)			
	3	BOM (3) RUIM (0)			

### e) TESTE DE APLICAÇÃO

Obteve-se retorno de resposta de vinte municípios, o equivalente a 90%.

Todas as medidas solicitadas foram informadas pelos municípios. Na análise do Quadro 4 observa-se que o comportamento das medidas, indicadores e dimensões se deu de maneira aleatória, e não pareceu ter sido influenciado pelo porte populacional dos municípios.

Algumas medidas tiveram comportamento que chamaram atenção por apresentarem resultados muito ruins ou muito bons e foram objeto de discussão acerca de sua manutenção no modelo. As de pior desempenho foram as que compunham o indicador *Espaços de Participação* e influenciaram significativamente no desempenho do mesmo no qual nenhum município alcançou o parâmetro de classificação BOM. São elas: *Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010* e *Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado* onde 85% dos municípios receberam a classificação RUIM. A medida *Aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde*, foi alcançada por 95% dos municípios e a exemplo das anteriores foi submetida a discussão sobre sua manutenção.



Quadro 4 – Resultado do teste de aplicabilidade da matriz avaliativa

PORTE (MIL HAB)	N.	População	MEDIDAS														INDICADORES						DIMENSÕES			RESULTADO							
			1			2		3			4		5			6				7			1		2		3		PD	AR	IC	EFICÁCIA	
			EP1	EP2	EP3	PP1	PP2	AD1	AD2	AD3	AO1	AO2	T1	T2	T3	EPM1	EPM2	EPM3	EPM4	MA1	MA2	MA3	EP	PP	AD	AO	T	EPM					MA
<5	1	2748																															
	2	3008																															
	3	3214																															
	4	3279																															
	5	3365																															
	6	4704																															
≥5 a <10	7	5250																															
	8	5548																															
	9	7458																															
	10	9410																															
≥10 a <20	11	10603																															
	12	12190																															
	13	12399																															
	14	19823																															
≥20 a <50	15	26260																															
	16	30960																															
	17	58206																															
≥50	18	137334																															
	19	209804																															
	20	421240																															

☐ Satisfatório; ▒ Parcial; ■ Insatisfatório

**INDICADORES** - EP: Espaços de Participação; PP: Planejamento Participativo; AD: Articulação dentro do setor saúde; AO: Articulação com outros setores; T: Transparência; EPM: Educação Permanente; MA: Monitoramento e Avaliação.

**DIMENSÕES** - PD: Participação na decisão; AR: Articulação; IC: Informação e Comunicação



## DISCUSSÃO

A elaboração de modelos de avaliação voltados a gestão municipal tornam-se importantes, a fim de monitorar e qualificar o desenvolvimento de ações imprescindíveis para a qualidade da atenção prestada a população, principalmente em virtude do processo de descentralização das ações de saúde em andamento no país. Bousca também auxiliar gestores e profissionais na identificação de problemas e no desenvolvimento de mecanismos para a ação<sup>22, 28</sup>.

Objetivou-se construir um modelo de forma democrática e participativa. Essa estratégia metodológica exigiu dos pesquisadores um maior tempo para a pesquisa, com destaque para alguns aspectos que contribuíram significativamente para o processo tais como: disponibilidade dos participantes; tempo necessário para sistematização das colaborações e checagem de informações, para garantir o pleno entendimento das questões e confiabilidade das respostas; a variação nas datas das respostas e os problemas no recebimento de emails.

A opção pela construção democrática oportunizou a cada ator, vinculado aos diferentes níveis (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipais de Saúde e academia), contribuir com seu olhar e seu conhecimento sobre o objeto, de forma a levantar necessidades reais e possíveis de serem alcançadas. A garantia de atualização técnica e científica também foi um fator que motivou essa escolha.

Os modelos teórico e lógico foram construídos com base na teoria da Gestão Estratégica e Participativa. As três dimensões que formam a matriz avaliativa são correspondentes às diretrizes apontadas nestes modelos, o que é uma vantagem, por propiciar maior validade teórica ao modelo de avaliação<sup>29</sup>.

Os indicadores eleitos foram baseados nas atribuições dos municípios para a implementação das ações de Gestão Estratégica e Participativa, contidas na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa e nas pactuações definidas pelos colaboradores dos diferentes níveis.

Em outros modelos avaliativos de Gestão Municipal do SUS os aspectos: Informação<sup>30,31</sup>, articulação intersetorial<sup>30,31</sup>, monitoramento e avaliação<sup>32</sup> também foram utilizados, configurando pertinência dessas ações nas avaliações voltadas à gestão em saúde.

No teste da matriz verificamos suficiência das informações solicitadas pelo questionário. Poucas inconsistências nas respostas foram encontradas, e as identificadas foram corrigidas no momento da coleta através de contato telefônico com os municípios.

Verificou-se que algumas informações não estavam coletadas e organizadas por algumas secretarias de saúde, pois não faziam parte da rotina administrativa da instituição, conforme justificativa de alguns municípios para a não resposta. Esta constatação também foi destacada no estudo de Alves<sup>30</sup>. Curiosamente, as questões não respondidas se referiam a dinâmica interna das Unidades de Saúde, incluindo a Estratégia de Saúde da Família. Como tratavam-se de aspectos importantes para a análise do objeto, decidiu-se em oficina de consenso manter tais medidas. Durante a aplicação foi possível perceber que na maioria dos municípios o técnico responsável pelo preenchimento do questionário estava relacionado à atenção básica e não ao setor de planejamento, conforme solicitado.

A taxa de participação dos municípios foi de 90%, considerada satisfatória para efeito deste tipo de investigação onde o pesquisado precisa investir parte de seu tempo para responder e enviar o questionário. Talvez a sistemática aplicação de instrumentos de avaliação por parte da Secretaria de Estado da Saúde, em conjunto com a UFSC, em Santa Catarina desde 2004 possa ter auxiliado na referida adesão.

Cabe ressaltar o resultado das medidas com comportamento discrepantes. *Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010 e Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado* foram as medidas com pior desempenho dos municípios, 85% receberam a classificação RUIM. Por se tratarem de ações normatizadas pelo MS há algum tempo e serem os conselhos de saúde espaços clássicos de participação da sociedade considerou-se importante a manutenções dessas medidas mesmo com o comportamento aparentemente pouco discriminatório. Em sentido inverso, o comportamento da medida *aprovação do Relatório de Gestão do ano de 2010 pelo Conselho Municipal de Saúde*, poderia indicar sua substituição frente a quase totalidade dos municípios (95%) classificados como Bom. No entanto, manteve-se a referida medida por considerar ser esta uma particularidade do Estado de Santa Catarina e pouco comum aos demais Estados na federação, segundo Nota Técnica do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS<sup>33</sup>.

Observou-se resultados diferenciados entre os municípios, não ocorrendo nenhuma dificuldade em destaque na aplicabilidade e análise das informações. Também não houve influência do porte populacional no desempenho dos municípios.



Diante o grande percentual de municípios na classificação *Parcial (90%)*, observa-se que a referência ao gestor não condicionou os resultados para uma tendência positiva.

O teste de aplicabilidade demonstrou a viabilidade da matriz e reforça que os indicadores apresentam as características esperadas, como: simplicidade, devido a facilidade de cálculo e facilidade de interpretação; a disponibilidade dos dados ou sua fácil obtenção; a robustez, ou seja, pouco sensível às deficiências dos dados captados; e a cobertura, já que permite referir-se a um território como um todo para que futuras comparações sejam possíveis<sup>34</sup>.

Apesar de não ser foco do estudo avaliar o desempenho dos municípios que participaram da pesquisa, o resultado obtido com o teste de aplicabilidade do modelo demonstrou que os dados coletados, foram apropriados para originar informações capazes de contribuir com o gestor na tomada de decisão para a melhoria da gestão estratégica e participativa.

Uma das limitações do estudo foi a não observação direta do pesquisador, já que os dados foram coletados com base nas informações do gestor municipal. Recomenda-se para aplicação do modelo que outras fontes de informações sejam consultadas, afim de garantir respostas íntegras<sup>35</sup>. O curto tempo disponível para a pesquisa e a inexistência de financiamento, trouxe limitações no sentido de ampliar a participação de diversos sujeitos na construção do modelo avaliativo, o que garantiria maior variabilidade de percepções, interesses e demandas.

Não foi encontrado na literatura modelos avaliativos para a Gestão Municipal do SUS no que diz respeito a Gestão Estratégica e Participativa no Brasil. Cabem esforços no sentido de que gestores municipais tenham acesso a esse documento, não no sentido de imposição de um modelo externo, mas sim para contribuir com as discussões internas ao processo de gestão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo desenvolvido assegura a avaliação da gestão municipal em aspectos importantes de uma gestão estratégica e participativa.

A análise dos especialistas e as técnicas de consenso utilizadas são práticas recorrentes em vários setores do saber e contribuem para a validação da matriz avaliativa.

Espera-se a aplicação deste modelo em maior número de observações e diferentes contextos nacionais. Estudos que apliquem o modelo e possam a partir das informações, realizar avaliações qualitativas são igualmente recomendadas. Tal refinamento não foi possível neste trabalho devido a falta de financiamento e tempo reduzido para sua execução.

Uma vez assegurado o cumprimento da norma que orienta uma gestão estratégica e participativa, o aprimoramento da matriz avaliativa pode ser alcançada com inclusão de indicadores que abordem outros critérios de qualidade da gestão como a efetividade e relevância, que dizem respeito ao atendimento às expectativas sociais e aos valores e aspirações culturais dos atores implicados no processo, assim como ao impacto das ações na comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. [acesso em 2010 jun 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
2. Ros MA. Políticas de Saúde no Brasil. In: Bagrichevsky M; Palma A; Estevão A; Ros MA (org.). A Saúde em debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra, 2006. 45-66 p.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. [acesso em 2010 mar 4]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participativa\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participativa_2ed.pdf)
4. Rivera FJU. Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. 312p.
5. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera, FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 17-36p.
6. Matus C. Estratégia Políticas: Chipanzé, Maquiavel e Gandhi. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 247p.
8. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
9. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001. 170p.

10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 29-48.
11. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº. 8080/90. Brasília, 2011.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, 2003.
13. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei 12.438 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e dá outras providências, para que a prestação de contas dos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS ao Poder Legislativo estenda-se à esfera federal de governo [acesso em 2011 oct 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12438.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12438.htm).
14. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.3.176 de 24 de dezembro de 2008. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Brasília, 2008.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2669 de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. Brasília, 2009.

17. Testa M. Mário Testa e o Planejamento Estratégico em Saúde. In Rivera FJU (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Tradução de Elizabeth Artmann. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992, p. 57-104.
18. Matus C. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico Situacional. In Rivera FJU (Org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Tradução de Elizabeth Artmann. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1992. p. 105-149.
19. Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Tempo Brasileiro, 2003. 236p.
20. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870, out-dez, 1998.
21. Giovanella, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 7(1): 26-44, jan/mar, 1991.
22. Hartz, ZMA. Silva, LMV (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005 p. 65.
23. Soratto, J; Faria, EM. O diálogo como alternativa à participação popular e o controle social na saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 90-93.
24. Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos Sanitários: Concepção e Organização, vol. 1. Série Saúde e Cidania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.
25. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Resolução n.º 01 de 29 de setembro de 2011: Diretrizes gerais para instituição de regiões de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2011.

26. Brasil, Presidência da República. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996.
27. Nepas – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina [CD-ROOM]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2006.
28. Felisberto E, Freese E, Natal S, et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 Sep [acesso em 2012 Apr 11] ; 24(9): 2091-2102. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-38292010000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-38292010000500013&lng=en).
29. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
30. Alves CKA, Carvalho EF de, Cesse EAP, et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [periódico na Internet]. [acesso em 2012 Apr 11]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500013&lng=en).
31. Berretta IQ, Lacerda JT de, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2011 Nov [acesso em 2012 Marc 22] ; 27(11): 2143-2154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008&lng=en).
32. Oliveira LGD de, Natal S, Felisberto E, et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. [acesso em 2012 Apr 09]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700006&lng=en).

33. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Nota Técnica n.º 5 de 27 de junho de 2011. Brasília, 2011.
34. Ferreira, SMG. Sistema de informação em saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. Gestão municipal de saúde: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 171-191.
35. Oliveira LGD de, Natal S. Avaliação de implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município de Niterói/RJ. Rev. Bras. Pneumol. Sanit. [periódico na Internet]. 2007 Dez [acesso em 2012 Marc 03] ; 15(1): 29-38. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-32582007000100005&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-32582007000100005&lng=pt).





## APÊNDICE

**APÊNDICE A** – Proposta inicial de Modelo Teórico.

**APÊNDICE B** – Proposta inicial de Modelo Lógico.

**APÊNDICE C** – Diferentes propostas esquemáticas de modelo lógico resultantes do processo de discussão em Oficina de Consenso – Técnica Delphi.

**APÊNDICE D** – Proposta Prévia da Matriz Avaliativa: Dimensões, Indicadores e Rationales.

**APÊNDICE E** – Convite aos Colaboradores para participação da Oficina de Consenso – Técnica Delphi.

**APÊNDICE F** – Orientações relacionadas ao 2º Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi.

**APÊNDICE G** – Proposta de Matriz enviada no 2ª Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi.

**APÊNDICE H** – Resultado das contribuições do 2ª momento da Oficina de Consenso (Documento enviado aos colaboradores no 3º Momento da Oficina) – Método Delphi.

**APÊNDICE I** – Apresentação aos colaboradores do Resultado do 3º Momento da Oficina de Consenso e resultado das contribuições com relação aos rationales (Documento apresentado no 4º Momento da Oficina) – Técnica Delphi.

**APÊNDICE J** – Propostas de medidas e parâmetros submetidas aos colaboradores no 5º Momento da Oficina de Consenso, contendo resultado final do Rationale.

**APÊNDICE K** – Apresentação aos colaboradores do Resultado do 5º Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi, com relação à análise das Medidas e Parâmetros.

**APÊNDICE L** – Questionário.

**APÊNDICE M** – Convite aos municípios para participação na pesquisa.

**APÊNDICE N** - Matriz com resultado da aplicação nos 22 Municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

**APÊNDICE O-** Convite para Oficina de Consenso – Técnica Comitê Tradicional.

**APÊNDICE P-** Documento orientador para ajustes da matriz na Oficina de Consenso – Técnica Comitê Tradicional.

**APÊNDICE Q:** Resultado das questões debatidas em Oficina de Consenso – Método Comitê Tradicional via WebConferência.

**APÊNDICE R:** Indicação de reestruturação do questionário pós Ajuste da Matriz.

**APÊNDICE S:** Matriz Final- Dimensões, Indicadores, Medidas e Rationales

## APÊNDICE A – Proposta inicial de Modelo Teórico



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

### MODELO TEÓRICO

Trata-se de uma representação conceitual esquemática de uma situação real ou suposta como tal, que objetiva orientar determinada discussão sobre um objeto (HARTZ, 2005).

O objeto em estudo é a Gestão Municipal de Saúde Estratégica e Participativa no SUS, e seu modelo teórico está apresentado na Figura 1.



A proposta de Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), apresenta como principal objetivo a formulação e deliberação da Política de Saúde de forma coletiva, reafirmando os preceitos constitucionais e legais do SUS. Esse objetivo é resultado do entendimento de saúde como um objeto complexo, determinado por variáveis sociais, políticas e econômicas. Segundo as linhas constitucionais, saúde será garantida

“mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Diante dessa especificidade, saúde deve ser provida mediante a intervenção de diferentes instâncias e forças sociais, cada qual com seus interesses, campos de visão e objetos de atenção (TESTA, MATUS, 1992). Tal posicionamento requer modelos de gestão mais democráticos que considerem o contexto social, apostando em ações de maior inclusão social e igualdade de direitos comunicativos e de não coação, diferenciando-se dos modelos de gestão normativos com enfoque econômico que vigoravam no período da revolução industrial e ainda vigente nos dias atuais.

Em Saúde Pública, os contextos **Sócio-políticos, Sanitário e Técnico-operacional** interferem no processo de gestão. Esses contextos são formados por indivíduos e grupos sociais com diferentes visões, interesses e necessidades coincidentes e conflitantes causando disputa no processo de gestão. Tais disputas conferem a necessidade de negociação e pactuação de ações de saúde por parte do gestor (MOTTA, 1999; SORATTO, 2008).

- **O contexto Sócio-político:** representado por diferentes atores políticos e sociais entre eles os gestores do executivo e suas programações, o plano de governo e compromissos de campanha, as alianças político-partidárias, o legislativo, os movimentos sociais, as instituições que interagem com a política de saúde de natureza filantrópica e privada. Cada um com sua visão particular acerca do que é saúde, carregada de interesses, necessidades, valores e preconceitos acumulados (MATUS, 1996).
- **O contexto Sanitário:** representado pela condição de saúde da população, se expressa por informações epidemiológicas captadas pelos sistemas de informação do SUS, por pesquisas acadêmicas ou dos serviços, por demandas do Ministério da Saúde. Inclui ainda os fatores determinantes e as situações de exposição de risco. Esse contexto apresenta variabilidade na magnitude, gravidade e grau de prioridade em um mesmo território. Está condicionado aos aspectos demográficos, sociais e de acesso a serviços de cada região;
- **O contexto Técnico-operacional:** gera demandas de natureza técnica, dos recursos (Humanos, financeiros, operacionais), do

processo administrativo, da legislação, ou seja, todo o aporte necessário a implementação da política de saúde.

Assim cabe a gestão em saúde ser estratégica, promovendo o diálogo, articulando e pactuando com os diversos atores implicados na produção de saúde, analisando a viabilidade e factibilidade das intervenções propostas de forma a atingir seu primordial objetivo – garantir saúde à população sob sua responsabilidade.

Como estratégia, Matus e Testa já na década de 70 conceituam a necessária inclusão das discussões políticas nos processos de gestão, que se dá em uma trajetória flexível, baseando-se no conhecimento da realidade, e no que será possível implementar (RIVERA, 2003). Neste processo as necessidades são conflitivas e o procedimento estratégico, através da análise da viabilidade e factibilidade<sup>3</sup>, vêm propiciar o alcance dos objetivos perseguidos (MATUS, 1978).

Neste panorama justifica-se a implantação de um modelo de Gestão Estratégica e Participativa, que pressupõe a inclusão de diferentes atores que terão que dialogar, pactuar e decidir coletivamente sobre os caminhos das políticas públicas de saúde, de forma a garantir saúde.

Essa forma de gestão é caracterizada por um intenso processo de negociação, de ajustamento mútuo, e pactuação de compromissos. Além da ênfase na negociação política e em situações de dispersão e compartilhamento de poder (RIVERA; ARTMAN, 2003; GUIZARDI, 2008).

A Gestão Estratégica e Participativa apresenta os seguintes princípios:

- Fomento ao diálogo, através da comunicação horizontalizada, sem diferenciação de poder ou níveis hierárquicos;
- Participação de diferentes atores sociais, institucionalizados ou não;
- Abertura às mudanças, ao conflito e a pactuação e valorização dos diferentes saberes.

Aos diferentes atores nesse processo cabe a participação no sentido de contribuir com seus conhecimentos, suas necessidades,

---

<sup>3</sup> Viabilidade entendida como análise das condições políticas e factibilidade como análise das condições técnico-operacionais que podem determinar o alcance dos resultados.

deliberar, fiscalizar e avaliar sobre a aplicação e implantação de ações e recursos necessários à saúde da sociedade. Cabe ao gestor considerar seus saberes e conhecimentos, suas lógicas, articulando os vários interesses e necessidades no processo de gestão do SUS, o que gera co-responsabilização do governo e da sociedade sobre os rumos da atenção a Saúde (BRASIL, 2009a).

## APÊNDICE B – Proposta inicial de Modelo Lógico



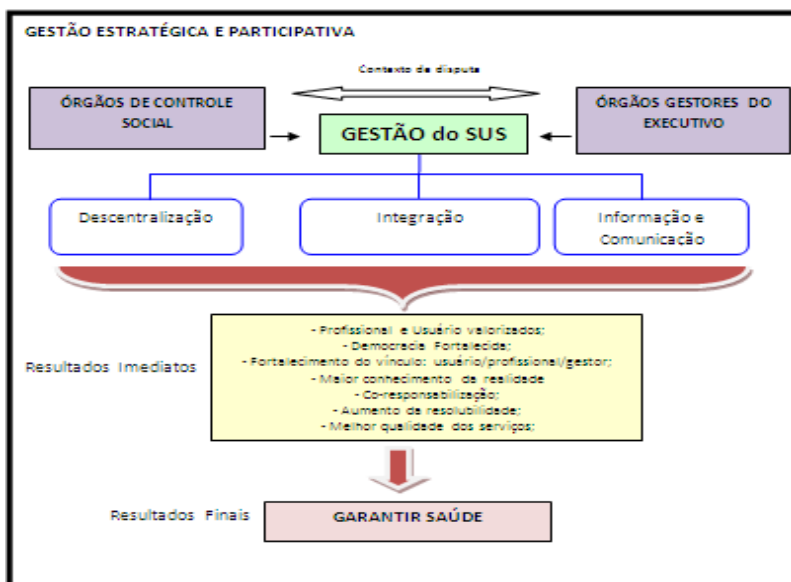
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

### MODELO LÓGICO

O modelo lógico constitui-se a operacionalização da teoria, onde de forma esquemática se insere aspectos de implementação da proposta de Gestão Estratégica e Participativa, apontando ações que conduzem a determinados resultados.

A cada instância gestora do SUS cabe a implantação desses aspectos. No presente estudo o foco central é a gestão municipal do SUS.

A operacionalização do modelo de Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS está descrita abaixo e apresentada no diagrama do modelo lógico do objeto (Figura 2).



Cabe a Gestão de Saúde proporcionar acesso e reduzir riscos, garantindo Saúde à população de sua responsabilidade. Para atingir esse objetivo a proposta de Gestão Estratégica e Participativa propõe como principal estratégia formular e deliberar sobre a política de saúde de forma coletiva.

No campo da gestão municipal de saúde coexistem dois grupos principais de atores sociais com interesses coincidentes e conflitantes, que compartilham semelhante nível de poder na garantia de saúde. São eles os **órgãos gestores do poder executivo**, representados por grupos gestores internos ao poder executivo, geralmente formado por diretores/gerentes e gestores, como por exemplo: as secretarias municipais e a Comissão Intergestora Bipartite - CIB; e **órgãos de Controle Social**, compostos por movimentos sociais, Conselhos de Saúde, órgãos representativos dos profissionais, Poder Legislativo e Judiciário, Organizações não governamentais, instituições de ensino, prestadores de serviço públicos e privados e sindicatos.

Esses grupos de atores que formam os contextos citados no modelo teórico interferem no processo de gestão e alcance dos resultados da mesma. Cabe ao gestor elaborar estratégias de **descentralização, articulação, integração, disponibilização de informação** e de novas formas de **comunicação** a fim de fomentar a participação, o que resulta na qualificação da gestão e alcance dos objetivos.

A **descentralização** configura-se como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, é entendida nesse trabalho como um componente de fomento a distribuição de poder, da decisão e de promoção da equidade.

A descentralização das ações de gestão no SUS, numa lógica de saúde determinada socialmente e num país com regiões bastante diversificadas é uma medida para que o acesso a saúde seja ampliado. Configura-se na medida em que diferentes atores com autonomia possam contribuir e deliberar sobre o processo de produção de saúde.

As ações de descentralização da gestão favorecem também a interação entre os atores, ampliando a eleição de medidas resolutivas para os problemas. Indica que a gestão preocupa-se com o consenso e a necessidade de pactuação das prioridades das necessidades locais e com a busca de informações estratégicas que subsidie a tomada de decisão.

O município tem importância fundamental nos processos de descentralização da política pública de saúde, pois com a municipalização é nele que se definem as prioridades e a operacionalização dos serviços. Assim deve ser lócus de construção do



modelo de atenção proposto pelo SUS e espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade

Os indicadores propostos para propiciar tais intenções foram pontuados como existência de *Espaços de participação* e de *Planejamento descentralizado*.

Considerando que garantir saúde envolve diferente instancias, atores e forças sociais. As estratégias de **integração** configuram-se em ações de relacionar-se e contactar-se com diferentes atores e setores objetivando formar uma unidade na produção de saúde, em que um integra o outro. Essas ações exigem estratégias fundamentais de participação. Neste sentido dois aspectos foram eleitos como importantes dispositivos dessa estratégia - *Interação* e *Intersectorialidade*.

Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização e qualidade da **comunicação** e da **informação em saúde**, ainda são desafios nos processos de gestão. A informação é a comunicação se configuram bases para iniciar qualquer discussão, assim tornam-se também necessárias aos processos participativos no SUS. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e consequentemente a gestão. Nesta dimensão quatro indicadores foram apontados para democratizar e qualificar os processos de informação e comunicação na gestão: *Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação*.

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, essas práticas contribuem na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões (BRASIL, 2009).

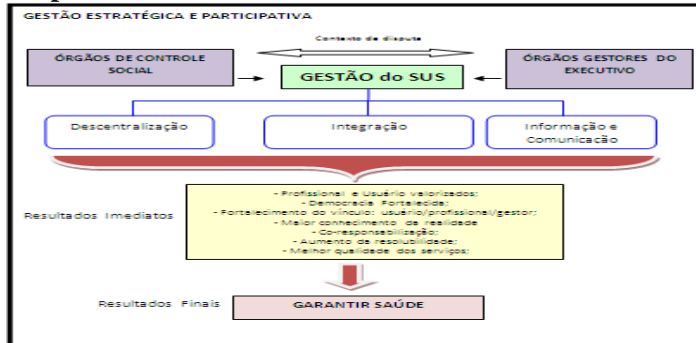
Todas essas ações garantem como resultados imediatos o empoderamento dos atores envolvidos; profissionais e usuários valorizados, comunicação horizontalizadas em detrimento das verticalizadas, democracia fortalecida garantindo qualidade e legitimidade ao processo de decisão, ampliação do vínculo entre os diferentes atores sociais, co-responsabilização, maior conhecimento da realidade, aumento da resolubilidade e qualidade dos serviços. Tais aspectos resultarão no alcance do objetivo primordial da gestão – Garantia de Saúde.

**Este espaço está reservado para tecer comentários sobre os modelos,  
caso considere necessário.**

--

## APÊNDICE C – Diferentes propostas esquemáticas de modelo lógico resultantes do processo de discussão em Oficina de Consenso – Técnica Delphi.

### Proposta inicial



### Proposta intermediária



### Proposta final



## APÊNDICE D – Proposta Prévia da Matriz Avaliativa: Dimensões, Indicadores e Rationales

DIMENSÃO DESCENTRALIZAÇÃO	
INDICADORES	ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO
	PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO
DIMENSÃO INTEGRAÇÃO	
INDICADORES	INTERAÇÃO
	INTERSETORIALIDADE
DIMENSÃO INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO	
INDICADORES	TRANSPARÊNCIA
	EDUCAÇÃO PERMANENTE
	EDUCAÇÃO E
	MONITORAMENTO
	204
	ALIAÇÃO

### DIMENSÃO DESCENTRALIZAÇÃO

**JUSTIFICATIVA:** A descentralização configura-se como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, é entendida nesse trabalho como um componente de fomento a distribuição de poder, da decisão e de promoção da equidade.

A descentralização das ações de gestão no SUS, numa lógica de saúde determinada socialmente e num país com regiões bastante diversificadas é uma medida para que o acesso a saúde seja ampliado. A descentralização se dá na medida em que diferentes atores com autonomia possam contribuir e deliberar sobre o processo de produção de saúde local.

As ações de descentralização da gestão favorece também a interação entre os atores, ampliando a eleição de medidas resolutivas para os problema. Indica que a gestão preocupa-se com o consenso e a necessidade de

pactuação das prioridades das necessidades locais e com a busca de informações estratégicas que subsidie a tomada de decisão.

O município tem importância fundamental nos processos de descentralização da política pública de saúde, pois com a municipalização é nele que se define as prioridades e a operacionalização dos serviços. Assim deve ser locus de construção do modelo de atenção proposto pelo SUS e espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade.

Os indicadores propostos para propiciar tais intenções foram pontuados como existência de Espaços de participação e de Planejamento descentralizado.

### **INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA:** Para que haja descentralização de poder e decisão, a existência, ampliação e distribuição de espaços permitindo a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde tornam-se fundamentais.

A existência de diferentes espaços de participação na gestão propicia também ir além dos espaços institucionalizados (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde), ampliando a descentralização da gestão. Propicia a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde através do debate e da construção de saberes.

O diálogo e a pactuação das diferenças são ampliados, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, promovendo a inclusão social de populações específicas, visando à equidade em saúde. Esses espaços contribuem também para a participação no sentido de cobrar medidas e recursos para a garantia de saúde. Com a existência e ampliação de espaços de escuta e pactuação a gestão também é qualificada. Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, com participação de diferentes atores ou grupos específicos. Podem também ter diferentes objetivos como: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos como, por exemplo, os modelos de atenção ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.

Como exemplos de espaços temos: os Conselhos de Saúde (Locais ou Municipais); Conselhos gestores; mesa de negociação de trabalhadores; Conferências de Saúde, Fóruns de Saúde; Plenárias de Conselheiros; audiência pública, ouvidorias.

### **INDICADOR: PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO**

JUSTIFICATIVA: O Planejamento descentralizado amplia a discussão e participação de diferentes atores na tomada de decisão sobre a política de saúde e permite a eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade.

Essa tática propicia a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, como também a identificação de lideranças e instituições parceiras, visando estabelecer a organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção a saúde de forma descentralizada, permitindo a organização dos serviços de acordo com cada especificidade, necessidade e interesses de determinada realidade.

Neste item serão observados os processos de planejar políticas de saúde. O que se discute de forma descentralizada e como se operacionaliza essa discussão.

### **DIMENSÃO INTEGRAÇÃO**

Considerando que garantir saúde envolve diferentes instancias, atores e forças sociais. A integração configura-se em ações de relacionar-se e contactar-se com diferentes atores e setores objetivando formar uma unidade na produção de saúde, em que um integra o outro. Essas ações exigem estratégias fundamentais de participação. Neste sentido dois aspectos foram eleitos como importantes dispositivos dessa estratégia - Interação e Intersetorialidade.

### **INDICADOR: INTERAÇÃO**

JUSTIFICATIVA: A relação estreita entre as diferentes áreas da Secretaria de Saúde configura interação interna, garantindo integração entre os serviços. A interação e integração se constituem princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, conformando medidas para o aprimoramento da gestão do SUS.

### **INDICADOR: INTERSETORIALIDADE**

JUSTIFICATIVA: Entendendo o processo saúde-doença como determinado socialmente; levando em consideração que pensar em saúde envolve diferentes setores da sociedade e que a lógica do pensamento fragmentado é presente, a intersectorialidade na gestão é tática essencial para os processos de articulação e integração na gestão participativa e para o alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se pelo compartilhamento de decisão e entre diferentes instituições governamentais ou da sociedade civil. A intersectorialidade garante a incorporação de diferentes valores, necessidades, interesses no processo de gestão, propiciando maior articulação e integração entre serviços, saberes e atores participantes do processo.

### **DIMENSÃO INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO**

JUSTIFICATIVA: Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização e qualidade da comunicação e da informação em saúde, ainda são desafios nos processos de gestão. A informação é a comunicação são bases para iniciar qualquer discussão, assim tornam-se também necessárias aos processos participativos no SUS. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e conseqüentemente a gestão. Nesta dimensão quatro indicadores foram apontados para democratizar e qualificar os processos de informação e comunicação na gestão: Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação.

### **INDICADOR: TRANSPARÊNCIA**

JUSTIFICATIVA: A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil. São exemplos a Lei 8142 de 28/12/90 - relatório de gestão; Lei 8689 de 27/07/93 - Audiência Pública; Portaria 1034 de 05/05/10 - Plano operativo e Relatório de Gestão.

As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão

participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação. O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público. Favorece o diagnóstico, monitoramento, controle, fiscalização no alcance dos objetivos da gestão. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.

#### **INDICADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA:** A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a gestão e demais atores sociais. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores, ao mesmo tempo em que também gera informação. Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores de saúde sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação e ampliação da consciência política sanitária.

A construção e desconstrução de saberes, a repolitização do SUS, através da Educação em Saúde, são iniciativas que favorecem a formação de ideologia e de conhecimento para a participação no SUS. Sem o processo de formação, de discussão a efetiva participação fica prejudicada. As ações educativas, baseadas na comunicação horizontalizada e na informação, ampliam a consciência, a aquisição de habilidades, a inclusão de novos e diversificados interesses, a mudança de comportamento, tendo como funções essenciais a formação de cidadãos capazes de participar criticamente da vida pública, conscientes de seus direitos e deveres, assim como promovem maior qualidade para participação da população nas políticas públicas.

#### **INDICADOR: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA:** Considerando que os processos de monitoramento e avaliação no SUS estão pautados desde a sua implementação e vêm sendo discutidos ao longo do período; que estados e municípios possuem autonomia



para implementar políticas de acordo com sua realidade; que a preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida; que cresce a complexidade institucional do Sistema Único de Saúde; há que se buscar formas de acompanhar e avaliar a política pública de saúde, garantindo informação qualificada aos atores sociais, dotando-os de instrumentos para participação o que conseqüentemente amplia a comunicação.

A divulgação dos resultados de processos de monitoramento e avaliação constitui-se em uma forma de comunicação da gestão com os atores sociais e se configurando também em instrumento de democratização da informação.

## APÊNDICE E – Convite aos Colaboradores para participação da Oficina de Consenso – Técnica Delphi.



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

Olá!

Gostaríamos de convidá-la para participar como especialista-colaboradora, no projeto de Dissertação de Mestrado da aluna Simone Aparecida Passos, da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado: **Modelo de avaliação da Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.**

O principal objetivo do trabalho é a elaboração e validação de um modelo de avaliação da gestão municipal no SUS sob a ótica da proposta de Gestão Estratégica e Participativa.

A técnica utilizada será Delfos. O grupo participante da oficina será composto de profissionais de saúde, serviço e da academia. Os participantes não terão nenhum tipo de remuneração financeira, nem direito de publicação dos conteúdos enviados.

Durante o andamento da pesquisa será mantida a confidencialidade dos colaboradores e de suas contribuições. A divulgação dos nomes somente se dará após a conclusão da pesquisa e mediante autorização do colaborador que participou de todas as etapas da pesquisa.

Sua participação, caso aceite, se dará em aproximadamente quatro momentos no decorrer de um período previsto de três meses. A comunicação entre pesquisador e colaborador ocorrerá preferencialmente por email. Os questionários incluirão perguntas fechadas com espaço para observações. As respostas obtidas serão sistematizadas e enviadas a cada nova interrogação, permitindo o conhecimento das contribuições do grupo.

Estima-se que a cada contato, o retorno das informações requeridas a V.S., se faça em 10 dias corridos. É importante que esse prazo seja atendido, para o bom andamento do trabalho.

Ainda que o tempo necessário a ser disponibilizado às respostas seja pequeno sabe-se que suas atividades diárias podem impedir suas possibilidades de participação, assim fique à vontade em sua resposta. A recusa não lhe trará nenhum tipo de prejuízo.

Vale ressaltar que sua participação é absolutamente voluntária, sendo garantido o direito de desistência a qualquer momento.  
À disposição para quaisquer esclarecimentos,

---

Pesquisadora/Aluna Responsável: Simone Aparecida Passos  
Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva/Universidade  
Federal de Santa Catarina  
[sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)  
Tel.: (48) 8419-4351

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Josimari Telino Lacerda  
Professora do Departamento de Saúde Pública/Universidade Federal de  
Santa Catarina  
[jtellino@gmail.com](mailto:jtellino@gmail.com)  
Tel.: (48) 9162-4321

## **APÊNDICE F – Orientações relacionadas ao 2º Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi**



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

### **Prezado Colaborador,**

Agradecemos sua disposição em participar dessa pesquisa que busca definir um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal no SUS sob a ótica da proposta de Gestão Estratégica e Participativa.

Trata-se de uma proposta de modelo para avaliação normativa, que segundo Contandriopoulos et al (1997) tem por objetivo avaliar em que grau ou medida os recursos são implementados de forma a atingir os objetivos esperados, auxiliando os gestores a completar suas funções cotidianas. Nas organizações e em seus programas a avaliação normativa é uma atividade comum, que auxilia nas atividades de controle e acompanhamento, assim como na garantia de qualidade do objeto avaliado (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A avaliação normativa pretende contribuir para a melhoria do objeto, visando que as discussões resultantes desse processo tragam inovações e propostas de soluções, características também das avaliações formativas (FELISBERTO et al, 2008).

De forma a fundamentar a pesquisa e melhor explicitar a percepção do objeto e sua dinâmica operacional elaborou-se modelo teórico e lógico. Este último embasou a construção da matriz avaliativa da gestão estratégica e participativa na instância municipal.

Essa etapa da oficina de consenso tem dois objetivos:

1. Leitura dos modelos teóricos e lógico e considerações, caso necessário.
2. Leitura e análise crítica da matriz avaliativa, nos aspectos dimensões, indicadores e respectivas justificativas. Ressalta-se que a elaboração das justificativas tem por objetivo explicar a escolha previamente realizada, demonstrando coerência interna entre objeto e critério, no quesito dimensão e entre objeto, critério e dimensão no quesito indicador.

Conforme indicado no momento do convite, a técnica utilizada para a oficina será a Delfos, que permite que cada colaborador sinta-se a vontade para realizar considerações, apontando críticas e sugestões

sobre o conteúdo do documento, como também inclusão de outros componentes ou exclusão de qualquer dos componentes apresentados. Considerando que o conteúdo apresentado se constitui uma proposta, é importante ressaltar que sua contribuição é o principal objetivo dessa oficina.

Ao final também há espaço, caso seja necessário, para comentários gerais referentes a todo documento da Matriz.

O espaço deixado para observações pode ser ampliado. Fique a vontade para ocupar o número de linhas necessárias a sua explicação.

É importante, se possível, que as considerações sejam referenciadas em bibliografias ou exemplos práticos a fim de facilitar o consenso entre os membros.

O prazo indicado para contribuições nesta etapa é de 10 dias corridos. Ressaltamos a importância do cumprimento para melhor andamento dos trabalhos. Após o recebimento de todas as contribuições faremos uma consolidação e retornaremos para a reflexão de pontos conflitantes e assim sucessivamente, até chegarmos a um consenso final de toda a proposta. Lembramos que a matriz só estará concluída após a definição de medidas, parâmetros e emissão de juízo de valor para cada um dos indicadores, mas que serão discutidos nas próximas etapas dessa oficina. Em virtude de se tratar de uma pesquisa em andamento, solicitamos que os conteúdos aqui apresentados não sejam divulgados.

Agradecendo mais uma vez por sua participação colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos, pelos e-mails ou se preferirem por telefone ou pessoalmente.

Obrigada.

---

Pesquisadora/Aluna Responsável: Simone Aparecida Passos  
Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva/Universidade  
Federal de Santa Catarina  
[sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)  
Tel.: (48) 8419-4351

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Josimari Telino Lacerda  
Professora do Departamento de Saúde Pública/Universidade Federal de  
Santa Catarina  
[jtellino@gmail.com](mailto:jtellino@gmail.com)  
Tel.: (48) 9162-4321

**APÊNDICE G – Proposta de Matriz enviada no 2ª Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi.**



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

**Prezado Colaborador,**

**Este instrumento apresenta proposta de Matriz (Dimensões e Indicadores) que estarão sob sua análise de importância. Aponte com um "X" a validade de cada item apresentado e faça suas considerações.**

<b>DIMENSÃO DESCENTRALIZAÇÃO</b>	
<b>INDICADORES</b>	ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO
	PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO
<b>DIMENSÃO INTEGRAÇÃO</b>	
<b>INDICADORES</b>	INTERAÇÃO
	INTERSETORIALIDADE
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO</b>	
<b>INDICADORES</b>	TRANSPARÊNCIA
	EDUCAÇÃO PERMANENTE
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE
	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

<b>DIMENSÃO DESCENTRALIZAÇÃO</b>	<b>VALIDADE</b>
<p>JUSTIFICATIVA: A descentralização configura-se como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, é entendida nesse trabalho como um componente de fomento a distribuição de poder, da decisão e de promoção da equidade.</p> <p>A descentralização das ações de gestão no SUS, numa lógica de saúde determinada socialmente e num país com regiões bastante diversificadas é uma medida para que o acesso a saúde seja ampliado. A descentralização se dá na medida em que diferentes atores com autonomia possam contribuir e deliberar sobre o processo de produção de saúde local.</p> <p>As ações de descentralização da gestão favorece também a interação entre os atores, ampliando a eleição de medidas resolutivas para os problema. Indica que a gestão preocupa-se com o consenso e a necessidade de pactuação das prioridades das necessidades locais e com a busca de informações estratégicas que subsidie a tomada de decisão.</p> <p>O município tem importância fundamental nos processos de descentralização da política pública de saúde, pois com a municipalização é nele que se define as prioridades e a operacionalização dos serviços. Assim deve ser lócus de construção do modelo de atenção proposto pelo SUS e espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade</p>	VALIDA ( )
	PARCIALMENTE VALIDA ( )
	NÃO VALIDA ( )

Os indicadores propostos para propiciar tais intenções foram pontuados como existência de Espaços de participação e de Planejamento descentralizado.	
<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
JUSTIFICATIVA: Para que haja descentralização de poder e decisão, a existência, ampliação e distribuição de espaços permitindo a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde torna-se fundamental. A existência de diferentes espaços de participação na gestão propicia também ir além dos espaços institucionalizados (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde), ampliando a descentralização da gestão.	VALIDO ( )



<p>Propicia a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde através do debate e da construção de saberes .</p> <p>O diálogo e a pactuação das diferenças são ampliados, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, promovendo a inclusão social de populações específicas, visando à equidade em saúde. Esses espaços contribuem também para a participação no sentido de cobrar medidas e recursos para a garantia de saúde.</p> <p>Com a existência e ampliação de espaços de escuta e pactuação a gestão também é qualificada.</p> <p>Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, com participação de diferentes atores ou grupos específicos. Podem também ter diferentes objetivos como: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos como, por exemplo, os modelos de atenção ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.</p> <p>Como exemplos de espaços temos: os Conselhos de Saúde (Locais ou Municipais); Conselhos gestores; mesa de negociação de trabalhadores; Conferências de Saúde, Fóruns de Saúde; Plenárias de Conselheiros; audiência pública, ouvidorias.</p>	<p>PARCIALMENTE VALIDO ( )</p>
	<p>NÃO VALIDO ( )</p>

<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
<p>JUSTIFICATIVA: O Planejamento descentralizado amplia a discussão e participação de diferentes atores na tomada de decisão sobre a política de saúde e permite a eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade. Essa tática propicia a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, como também a identificação de lideranças e instituições parceiras, visando estabelecer a organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção a saúde de forma descentralizada, permitindo a organização dos serviços de acordo com cada especificidade, necessidade e interesses de determinada realidade. Neste item serão observados os processos de planejar políticas de saúde. O que se discute de forma descentralizada e como se operacionaliza essa discussão.</p>	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )
	NÃO VALIDO ( )
<b>Observações :</b>	

<b>DIMENSÃO INTEGRAÇÃO</b>	<b>VALIDADE</b>
<p>Considerando que garantir saúde envolve diferente instancias, atores e forças sociais. A integração configura-se em ações de relacionar-se e contactar-se com diferentes atores e setores objetivando formar uma unidade na produção de saúde, em que um integra o outro. Essas ações exigem estratégias fundamentais de participação. Neste sentido dois aspectos foram eleitos como importantes dispositivos dessa estratégia - Interação e Intersetorialidade.</p>	VALIDA ( )
	PARCIALMENTE VALIDA ( )
	NÃO VALIDA ( )
<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: INTERAÇÃO</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
<p>JUSTIFICATIVA: A relação estreita entre as diferentes áreas da Secretaria de Saúde configura interação interna, garantindo integração entre os serviços. A interação e integração se constituem princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, conformando medidas para o aprimoramento da gestão do SUS.</p>	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )
	NÃO VALIDO ( )
<b>Observações:</b>	

<b>INDICADOR: INTERSETORIALIDADE</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
<p>JUSTIFICATIVA: Entendendo o processo saúde-doença como determinado socialmente; levando em consideração que pensar em saúde envolve diferentes setores da sociedade e que a lógica do pensamento fragmentado é presente, a intersetorialidade na gestão é tática essencial para os processos de articulação e integração na gestão participativa e para o alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se pelo compartilhamento de decisão e entre diferentes instituições governamentais ou da sociedade civil.</p> <p>A intersetorialidade garante a incorporação de diferentes valores, necessidades, interesses no processo de gestão, propiciando maior articulação e integração entre serviços, saberes e atores participantes do processo.</p>	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )
	NÃO VALIDO ( )
<b>Observações:</b>	
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO</b>	<b>VALIDADE</b>
<p>JUSTIFICATIVA: Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização e qualidade da comunicação e da informação em saúde, ainda são desafios</p>	VALIDA ( )

<p>nos processos de gestão. A informação é a comunicação são bases para iniciar qualquer discussão, assim tornam-se também necessárias aos processos participativos no SUS. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PARTICIPASUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e consequentemente a gestão. Nesta dimensão quatro indicadores foram apontados para democratizar e qualificar os processos de informação e comunicação na gestão: Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação.</p>	<p>PARCIALMENTE VALIDA ( )</p>
	<p>NÃO VALIDA ( )</p>
<p><b>Observações:</b></p>	
<p><b>INDICADOR: TRANSPARÊNCIA</b></p>	<p><b>VALIDADE DO INDICADOR</b></p>
<p>JUSTIFICATIVA: A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil. São exemplos a Lei 8142 de 28/12/90 - relatório de gestão; Lei 8689 de 27/07/93 - Audiência Pública; Portaria 1034 de 05/05/10 - Plano operativo e Relatório de Gestão. As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa,</p>	<p>VALIDO ( )</p>
	<p>PARCIALMENTE VALIDO ( )</p>

<p>democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.</p> <p>O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público. Favorece o diagnóstico, monitoramento, controle, fiscalização no alcance dos objetivos da gestão.</p> <p>A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.</p>	NÃO VALIDO ( )
<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
<p>JUSTIFICATIVA: A educação permanente é entendida como um processo que gera informação e comunicação através de processos pedagógicos voltados aos profissionais de saúde. Contribui para o desenvolvimento da ação do sujeito social, propiciando maior conhecimento no setor saúde e consequentemente ampliando a qualidade participativa.</p> <p>Na medida em que gera conhecimento e informação e qualifica a comunicação, a Educação permanente também propicia o empoderamento dos atores para a participação em espaços coletivos de decisão, fomentando o protagonismo na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde.</p>	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )
	NÃO VALIDO ( )

<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
<p>JUSTIFICATIVA: A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a gestão e demais atores sociais. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores, ao mesmo tempo em que também gera informação. Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores de saúde sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação e ampliação da consciência política sanitária . A construção e desconstrução de saberes, a repolitização do SUS, através da Educação em Saúde, são iniciativas que favorecem a formação de ideologia e de conhecimento para a participação no SUS. Sem o processo de formação, de discussão a efetiva participação fica prejudicada. As ações educativas, baseadas na comunicação horizontalizada e na informação, ampliam a consciência, a aquisição de habilidades, a inclusão de novos e diversificados interesses, a mudança de comportamento, tendo como funções essenciais a formação de cidadãos capazes de participar criticamente da vida pública, conscientes de seus direitos e deveres, assim como promovem maior qualidade para participação da</p>	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )
	NÃO VALIDO ( )

população nas políticas públicas.	
<b>Observações:</b>	
<b>INDICADOR: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>VALIDADE DO INDICADOR</b>
JUSTIFICATIVA: Considerando que os processos de monitoramento e avaliação no SUS estão pautados desde a sua implementação e vêm sendo discutidos ao longo do período; que estados e municípios possuem autonomia para implementar políticas de acordo com sua realidade; que a preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida; que cresce a complexidade institucional do Sistema Único de Saúde; há que se buscar formas de acompanhar e avaliar a	VALIDO ( )
	PARCIALMENTE VALIDO ( )



<p>política pública de saúde, garantindo informação qualificada aos atores sociais, dotando-os de instrumentos para participação o que consequentemente amplia a comunicação. A divulgação dos resultados de processos de monitoramento e avaliação constitui-se em uma forma de comunicação da gestão com os atores sociais e se configurando também em instrumento de democratização da informação.</p>	<p>NÃO VALIDO ( )</p>
<p><b>Observações:</b></p>	
<p><b>OBSERVAÇÕES SOBRE A PROPOSTA DE MATRIZ COMO UM TODO:</b></p>	

**APÊNDICE H – Resultado das contribuições do 2ª momento da Oficina de Consenso (Documento enviado aos colaboradores no 3º Momento da Oficina) – Método Delphi.**



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

**Prezado Colaborador,**

Este documento apresenta o conteúdo das análises críticas, relacionada às dimensões e indicadores propostos, opinados pelo grupo de colaboradores na primeira etapa dessa oficina. Aponta também o percentual de indicações válidas para cada dimensão e indicadores. Neste segundo momento, solicito que observem as contribuições e se posicionem na concordância ou não com as alterações realizadas. Justifique sua resposta em caso de não concordância.

É importante ressaltar que algumas sugestões não causaram alterações nas dimensões e/ou indicadores, mas serão uteis na elaboração das medidas.

Agradeço mais uma vez sua colaboração.

Simone Passos

Mestranda em Saúde Coletiva - UFSC

## CONTRIBUIÇÕES:

1. Indicar referência para o entendimento de que a descentralização proporcione maior acesso e maior interação entre atores. Veja que existem princípios que garantem isso. Se fosse somente a descentralização isso não aconteceria, necessariamente. Precisa indicar por quais caminhos a descentralização favorece a efetivação dos princípios de universalidade e participação, que são os correspondentes aos aspectos que busca caracterizar;
2. Objetivar a Justificativa;
3. Fica uma dúvida quando é colocado que a descentralização é entendida como um componente de fomento à distribuição de poder e da decisão. Acho que medir se há maior participação social necessariamente não se traduz como distribuição de poder de decisão, ou seja, o poder e a decisão podem continuar centralizados na gestão. A idéia é verificar se uma coisa interfere na outra?
4. Poderia ser visto também a trajetória do município no processo de adesão aos acordos interfederativos desde as NOB até o Pacto, com especial atenção a fase do Pacto, pois a meu ver esta trajetória reflete o processo de articulação entre a gestão estadual e as fases de avanço da descentralização. Incluiria outro indicador como adesão ao processo de pactuação.

**INDICAÇÃO: Válida (89%)**

**Parcialmente Válida (11%)**

**ALTERAÇÃO REALIZADA:** nome da dimensão alterada para: PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO;  
Qualificação na redação da justificativa.

**Texto Original:** A descentralização configura-se como princípio organizativo do Sistema Único de Saúde, é entendida nesse trabalho como um componente de fomento a distribuição de poder, da decisão e de promoção da equidade.

A descentralização das ações de gestão no SUS, numa lógica de saúde determinada socialmente e num país com regiões bastante

**Texto Alterado:** A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão. Pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes

<p>diversificadas é uma medida para que o acesso a saúde seja ampliado. A descentralização se dá na medida em que diferentes atores com autonomia possam contribuir e deliberar sobre o processo de produção de saúde local.</p> <p>As ações de descentralização da gestão favorecem também a interação entre os atores, ampliando a eleição de medidas resolutivas para os problemas. Indica que a gestão preocupa-se com o consenso e a necessidade de pactuação das prioridades das necessidades locais e com a busca de informações estratégicas que subsidie a tomada de decisão.</p> <p>O município tem importância fundamental nos processos de descentralização da política pública de saúde, pois com a municipalização é nele que se definem as prioridades e a operacionalização dos serviços. Assim deve ser lócus de construção do modelo de atenção proposto pelo SUS e espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade</p> <p>Os indicadores propostos para propicia tais intenções foram pontuados como existência de Espaços de participação e de Planejamento descentralizado.</p>	<p>mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas (BRASIL, 2009a). As políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são melhor identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento ascendente e participativo.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b></p>	

### INDICADORES

#### • ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO

#### CONTRIBUIÇÕES:

1. O indicador é bom, mas a explicação precisa ser melhorada. A descentralização pressupõe ter um gestor mais próximo da necessidade. Mas ele poderia fazer isso autoritariamente. É a conjugação dos princípios que

define que seja democrático. Entendo que foi elaborado nesse sentido, mas precisa esclarecer no texto que se trata de um indicador para ver SE a descentralização é participativa.

2. Objetivar a justificativa.

<b>INDICAÇÃO: Válida (89%)</b>	
<b>Parcialmente Válida (11%)</b>	
<b>ALTERAÇÃO REALIZADA: Qualificação na redação da justificativa</b>	
<p><b>Texto Original:</b> Para que haja descentralização de poder e decisão, a existência, ampliação e distribuição de espaços permitindo a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde, torna-se fundamental.</p> <p>A existência de diferentes espaços de participação na gestão propicia também ir além dos espaços institucionalizados (Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde), ampliando a descentralização da gestão.</p> <p>Propicia a afirmação do protagonismo da população na luta por saúde através do debate e da construção de saberes.</p> <p>O diálogo e a pactuação das diferenças são ampliados, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, promovendo a inclusão social de populações específicas, visando à equidade em saúde. Esses espaços contribuem também para a participação no sentido de cobrar medidas e recursos para a garantia de saúde.</p>	<p><b>Texto Alterado:</b> Para que haja acesso à participação há necessidade de ampliação e distribuição de espaços além dos já institucionalizados (Conselhos de saúde e Conferências) que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde,</p> <p>Os espaços de participação democráticos afirmam o protagonismo dos atores sociais e propiciam a construção de saberes, o diálogo e a pactuação das diferenças, promovendo a inclusão social, o controle social e a equidade em saúde.</p> <p>Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, com os objetivos de: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.</p> <p>Como exemplos de espaços têm-se: os Conselhos locais de Saúde; Conselhos/Colegiados gestores; mesa de negociação de trabalhadores; Conferências</p>

<p>Com a existência e ampliação de espaços de escuta e pactuação a gestão também é qualificada.</p> <p>Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, com participação de diferentes atores ou grupos específicos. Podem também ter diferentes objetivos como: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos como, por exemplo, os modelos de atenção ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.</p> <p>Como exemplos de espaços têm-se: os Conselhos de Saúde (Locais ou Municipais); Conselhos gestores; mesa de negociação de trabalhadores; Conferências de Saúde, Fóruns de Saúde; Plenárias de Conselheiros; audiência pública, ouvidorias.</p>	<p>de Saúde, Fóruns de Saúde; Plenárias de Conselheiros; audiência pública, ouvidorias ou outros instrumentos de manifestação e escuta permanente.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b></p>	

• **PLANEJAMENTO DESCENTRALIZADO**  
**CONTRIBUIÇÃO**

1. Pensar que o município raramente ou nunca planeja política e sim desenvolve ou implementa políticas apresentada pelo nível nacional e estadual. Também me preocupa a forma de medir isso. Quanto a planejar as ações seria importante verificar a questão do planejamento local que é a forma correta de se fazer o planejamento de forma ascendente e que realmente amplia a discussão e participação.

2. Buscaria verificar se o Plano de Saúde, caso exista, guarda coerência com o Termo de Compromisso do Pacto de Gestão e se os indicadores do Pacto pela Vida foram contemplados no respectivo Plano. Outro ponto seria a existência de forma regular dos instrumentos de planejamento PMS/PAS/RAG.

<b>INDICAÇÃO: Válida (89%)</b>	
<b>Parcialmente Válida (11%)</b>	
<b>ALTERAÇÃO REALIZADA:</b> nome do indicador alterado para: PLANEJAMENTO ASCENDENTE e PARTICIPATIVO; Alteração na redação da justificativa.	
<p><b>Texto Original:</b> O Planejamento descentralizado amplia a discussão e participação de diferentes atores na tomada de decisão sobre a política de saúde e permite a eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade.</p> <p>Essa tática propicia a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, como também a identificação de lideranças e instituições parceiras, visando estabelecer a organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção a saúde de forma descentralizada, permitindo a organização dos serviços de acordo com cada especificidade, necessidade e interesses de determinada realidade.</p> <p>Neste item serão observados os processos de planejar políticas de saúde. O que se discute de forma descentralizada e como se operacionaliza essa discussão.</p>	<p><b>Texto Alterado:</b> O Planejamento ascendente e participativo proporciona a inclusão de diferentes atores na discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade.</p> <p>Essa tática propicia a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção a saúde.</p>
<input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b>	

## DIMENSÃO INTEGRAÇÃO

### CONTRIBUIÇÃO

1. Especificar com quem interessa a integração, ao menos genericamente.
2. Seria importante precisar melhor o que vai se observar com interação e intersectorialidade. Seria possível destacar um marcador. Esta dimensão parece vaga/ampla demais.

**INDICAÇÃO: Válida (89%)**

**Parcialmente Válida (11%)**

**ALTERAÇÃO REALIZADA:** nome da dimensão alterada para: ARTICULAÇÃO;  
Alteração na redação da justificativa.

**Texto Original:** Considerando que garantir saúde envolve diferente instancias, atores e forças sociais. A integração configura-se em ações de relacionar-se e contactar-se com diferentes atores e setores objetivando formar uma unidade na produção de saúde, em que um integra o outro. Essas ações exigem estratégias fundamentais de participação. Neste sentido dois aspectos foram eleitos como importantes dispositivos dessa estratégia - Interação e Intersectorialidade.

**Texto Alterado:** Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com diferentes atores e setores, para formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido.  
A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor.  
A articulação da gestão interessa com as diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência.

**Estou de acordo com as alterações**

**Tenho observações com relação as alterações:**



## INDICADORES

- **INTERAÇÃO**
- **INTERSETORIALIDADE**

### CONTRIBUIÇÃO

1. A Interação de que se fala é só na saúde? Pois é essa a intenção que transmite a justificativa do indicador interação.

**INDICAÇÃO: Válida (89%)**

**Parcialmente Válida (11%)**

**ALTERAÇÃO REALIZADA:** Extinção dos indicadores INTERAÇÃO e INTERSETORIALIDADE. Criação de dois novos indicadores: ARTICULAÇÃO Intrasetorial e ARTICULAÇÃO Extrasetorial.

#### **Texto Original:**

**Indicador Interação:** A relação estreita entre as diferentes áreas da Secretaria de Saúde configura interação interna, garantindo integração entre os serviços. A interação e integração se constituem princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, conformando medidas para o aprimoramento da gestão do SUS.

**Indicador Intersetorialidade:** Entendendo o processo saúde-doença como determinado socialmente; levando em consideração que pensar em saúde envolve diferentes setores da sociedade e que a lógica do pensamento fragmentado é presente, a intersectorialidade na gestão é tática essencial para os processos de articulação e integração na gestão participativa e para o alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se pelo

#### **Texto Alterado:**

**Articulação Intrasetorial:** Esse indicador tende a observar a dinâmica da Secretaria de Saúde no que compreende as ações de relacionar-se com atores internos e externos vinculados ao setor saúde. Esta ação diz respeito a interação do gestor no espaço interno da secretaria com diferentes atores (Técnicos, comunidade e Conselho Municipal de Saúde) e desses entre si; como também com diferentes setores e instituições externos a secretaria de saúde, mas vinculados ao setor saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, outras Secretarias de Saúde e instituições não governamentais). Promove além da formação de uma unidade na produção de saúde e integração das ações, a percepção das necessidades de saúde e das questões legais e técnico-operacionais, necessária a sua garantia.

compartilhamento de decisão e entre diferentes instituições governamentais ou da sociedade civil. A intersetorialidade garante a incorporação de diferentes valores, necessidades, interesses no processo de gestão, propiciando maior articulação e integração entre serviços, saberes e atores participantes do processo.

**Articulação Extrasetorial:** Para garantir articulação a gestão municipal de saúde deve relacionar-se também com órgãos fora do setor saúde, vinculados a esfera governamental e não governamental. Essa ação propicia a integração de ações, a percepção de aspectos que auxiliam ou que são obstáculos ao alcance de resultados, promovendo maior resolubilidade. Neste campo interessa articulação com as outras secretarias do governo municipal, poder legislativo e judiciário e demais instituições vinculadas ao processo saúde-doença.

**Estou de acordo com as alterações**

**Tenho observações com relação as alterações:**

## DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

### **INDICAÇÃO: Válida (100%)**

**PERMANECEU TEXTO ORIGINAL:** Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização da informação e a qualificação da comunicação em saúde ainda são desafios nos processos de gestão. A informação e a comunicação são bases para iniciar qualquer discussão, pois proporcionam o empoderamento e mobilização dos atores sociais e qualificam a tomada de decisão. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e conseqüentemente a gestão. A Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação foram elementos eleitos como propulsores de tais objetivos.

### INDICADORES

- **TRANSPARÊNCIA**

#### **CONTRIBUIÇÕES:**

1. O plano operativo seria a programação? Podem ser utilizados ainda: Prestação de contas trimestral - atas de conselhos; Aprovação do Relatório Anual de Gestão (RAG) e Programação Anual de Saúde (PAS) pelo Conselho Municipal de Saúde bem como sua publicização, uma vez que se está falando em comunicação. E ainda o envio do RAG ao Tribunal de Contas.
2. Sugiro verificar no que tange a transparência quais as formas que a gestão usa para se comunicar com a sociedade (radio jornal, boletins, audiência publica uso da internet, dentre outros).

<b>INDICAÇÃO: Válido (100%)</b>	
<b>ALTERAÇÃO REALIZADA:</b> Alteração na redação da Justificativa	
<p><b>TEXTO ORIGINAL:</b> A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil. São exemplos a Lei 8142 de 28/12/90 - relatório de gestão; Lei 8689 de 27/07/93 - Audiência Pública; Portaria 1034 de 05/05/10 - Plano operativo e Relatório de Gestão.</p> <p>As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, <b>democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.</b></p> <p>O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público. Favorece o diagnóstico, monitoramento, controle, fiscalização no alcance dos objetivos da gestão.</p> <p>A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.</p>	<p><b>TEXTO ALTERADO:</b> A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil.</p> <p>As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.</p> <p>O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.</p> <p>A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.</p>
<input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b> <input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b>	

- **EDUCAÇÃO PERMANENTE**

### CONTRIBUIÇÕES

1. Qual será a forma de expressar o indicador? Seria bom verificar se estas ações constam no Plano de Saúde, caso ele exista, pois para serem realizadas precisam ter previsão programática e orçamentária.

<b>INDICAÇÃO: Válido (100%)</b>
---------------------------------

<p><b>PERMANECEU TEXTO ORIGINAL:</b> A educação permanente é entendida como um processo que gera informação e comunicação através de processos pedagógicos voltados aos profissionais de saúde. Contribui para o desenvolvimento da ação do sujeito social, propiciando maior conhecimento no setor saúde e conseqüentemente ampliando a qualidade participativa.</p>
---

<p>Na medida em que gera conhecimento e informação e qualifica a comunicação, a Educação permanente também propicia o empoderamento dos atores para a participação em espaços coletivos de decisão, fomentando o protagonismo na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde.</p>
---

- **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

### CONTRIBUIÇÃO:

1. Pensar que a educação em saúde pode ser uma forma de controle também. Depende de como é conduzida. Acho que deve qualificar a educação em saúde no nome do indicador.
2. Objetivar a justificativa.
3. Qual será a forma de expressar o indicador? Seria bom verificar se estas ações constam no Plano de Saúde, caso ele exista, pois para serem realizadas precisam ter previsão programática e orçamentária.

<b>INDICAÇÃO: Válido (100%)</b>	
<b>ALTERAÇÕES REALIZADAS:</b> nome do indicador alterado para: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL	
Qualificação na redação da justificativa	
<p><b>Texto Original:</b> A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a gestão e demais atores sociais. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores, ao mesmo tempo em que também gera informação. Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores de saúde sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação e ampliação da consciência política sanitária .</p> <p>A construção e desconstrução de saberes, a repolitização do SUS, através da Educação em Saúde, são iniciativas que favorecem a formação de ideologia e de conhecimento para a participação no SUS. Sem o processo de formação, de discussão a efetiva participação fica prejudicada.</p> <p>As ações educativas, baseadas na comunicação horizontalizada e na informação, ampliam a consciência, a aquisição de habilidades, a inclusão de novos e diversificados interesses, a mudança de comportamento, tendo como funções essenciais a formação de cidadãos</p>	<p><b>Texto Alterado:</b> A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a secretaria de saúde e demais atores sociais. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores. Nesta forma de educação, se prima pela comunicação horizontalizada e relações de troca e não imposição. A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito dos problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007). Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores de saúde sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação, construção e desconstrução de saberes, repolitização e ampliação da consciência política sanitária.</p>

capazes de participar criticamente da vida pública, conscientes de seus direitos e deveres, assim como promovem maior qualidade para participação da população nas políticas públicas.	
<input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b> <input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b>	

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### CONTRIBUIÇÕES

- Qual será a forma de expressar o indicador? Seria bom verificar se estas ações constam no Plano de Saúde, caso ele exista, pois para serem realizadas precisam ter previsão programática e orçamentária.

<b>INDICAÇÃO: Válido (100%)</b>	
<b>ALTERAÇÃO REALIZADA:</b> Qualificação na justificativa	
<p><b>TEXTO ORIGINAL:</b> Considerando que os processos de monitoramento e avaliação no SUS estão pautados desde a sua implementação e vêm sendo discutidos ao longo do período; que estados e municípios possuem autonomia para implementar políticas de acordo com sua realidade; que a preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida; que cresce a complexidade institucional do Sistema Único de Saúde; há que se buscar formas de acompanhar e avaliar a política pública de saúde, garantindo informação qualificada aos atores sociais, dotando-os de instrumentos para</p>	<p><b>TEXTO ALTERADO:</b> Os estados e municípios possuem autonomia para implementar políticas de acordo com sua realidade. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população implantando formas de acompanhamento e avaliação da política pública de saúde, garantindo informação qualificada aos atores sociais. A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de</p>

<p>participação o que conseqüentemente amplia a comunicação. A divulgação dos resultados de processos de monitoramento e avaliação constitui-se em uma forma de comunicação da gestão com os atores sociais e se configurando também em instrumento de democratização da informação.</p>	<p>monitoramento e avaliação que se constitua em formas de comunicação da gestão com os atores sociais e se configure em instrumento de democratização da informação.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>Estou de acordo com as alterações</b>  <input type="checkbox"/> <b>Tenho observações com relação as alterações:</b></p>	



**APÊNDICE I – Apresentação aos colaboradores do Resultado do 3º Momento da Oficina de Consenso e resultado das contribuições com relação aos *rationales*. (Documento apresentado no 4º Momento da Oficina) – Técnica Delphi.**

**DESENHO DA MATRIZ COM ALTERAÇÕES PROPOSTAS**

<b>DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO</b>
Espaços de Participação
Planejamento Ascendente e Participativo
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>
Articulação Extrasetorial
Articulação Intrasetorial
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO</b>
Transparência
Educação Permanente
Educação em Saúde para a Participação Social
Monitoramento e Avaliação

## DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO

### TEXTO ORIGINAL

A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão. Pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas (BRASIL, 2009a). As políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são melhor identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento participativo.

**Considerações dos Colaboradores:** “substituir a palavra “melhor” por “mais bem””. **Acatada.**

### TEXTO ALTERADO

A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão. Pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas (BRASIL, 2009a). As políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são **mais bem** identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento ascendente e participativo.

## INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO

### TEXTO ORIGINAL

**JUSTIFICATIVA do Indicador:** Para que haja acesso à participação há necessidade de ampliação e distribuição de espaços além dos legalmente institucionalizados (Conselhos de saúde e Conferências) que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde.

Os espaços de participação democráticos afirmam o protagonismo dos atores sociais e propiciam a construção de saberes, o dialogo e a pactuação das diferenças, promovendo a inclusão social, o controle social e a equidade em saúde.

Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, com os objetivos de: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.

**Considerações dos Colaboradores:** *“A definição dos espaços deve ter um caráter oficial, para fins de avaliação focada na gestão. Note a inclusão (destacada em vermelho) sugerida no texto alterado da justificativa”*. **Acatada.**

### **TEXTO ALTERADO**

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa aponta que a participação no planejamento e avaliação da política de saúde deve se dar de forma sistemática e frequente. Além disso, há necessidade de ampliação e distribuição de espaços além dos legalmente institucionalizados (Conselhos de saúde e Conferências) que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde,

Os espaços de participação democráticos afirmam o protagonismo dos atores sociais e propiciam a construção de saberes, o diálogo e a pactuação das diferenças, promovendo a inclusão social, o controle social e a equidade em saúde.

Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, **oficialmente institucionalizados ou registrados** com os objetivos de: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.

## INDICADOR: PLANEJAMENTO ASCENDENTE e PARTICIPATIVO

### TEXTO ORIGINAL

O Planejamento ascendente e participativo proporciona a inclusão de diferentes atores na discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade.

Essa tática propicia a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção a saúde.

**Considerações dos Colaboradores:** *“É importante falar da importância de planejar com recursos, de atrelar os instrumentos de gestão do SUS (Plano Municipal de Saúde, PAS e RAG) com os instrumentos de gestão governamental (PPA, LDO e LOA)”*. **Acatada.**

### TEXTO ALTERADO

Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa é uma atribuição do Gestor Municipal, garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O Planejamento ascendente e participativo proporciona a inclusão de diferentes atores na discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade, **como também a vinculação dos instrumentos de gestão do SUS, com os instrumentos de gestão governamental**. Essas ações propiciam a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção.

## DIMENSÃO: ARTICULAÇÃO

### TEXTO ORIGINAL

Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com diferentes atores e setores, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido.

A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor.

A articulação da gestão interessa com as diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência.

**Considerações dos Colaboradores:** *“A última frase está estranha “A articulação da gestão interessa com as diferentes... “.”, A intenção era esclarecer ou reforçar a fala anterior? Acho que não acrescentou muito ou foi esclarecedora da fala anterior”.* **Acatada.**

### TEXTO ALTERADO

Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com atores e setores **de diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido.** A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor.

**DIMENSÃO: INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**  
**INDICADOR: TRANSPARÊNCIA**

**TEXTO ORIGINAL**

A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil.

As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação. O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.

O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.

**Considerações dos Colaboradores:** *“Acho que devem ser citadas quais novas regulamentações como a obrigatoriedade de tais e tais documentos, ou puxar o último parágrafo para 2º”*. **Acatada.**

**TEXTO ALTERADO**

A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil.

As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.

**A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde.** O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.

## INDICADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

### TEXTO ORIGINAL

A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a secretaria de saúde e a população em geral. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores. Nesta forma de educação, se prima pela comunicação horizontalizada e relações de troca e não imposição. A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito dos problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007). Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação, comunicação, construção e desconstrução de saberes e ampliação da consciência política sanitária.

**Considerações dos Colaboradores:** “Se a intenção de mudança do nome foi atender a contribuição n.1<sup>4</sup>, não resolveu. Qualificar no rationale me parece mais razoável”. **Acatada.**

**RESPOSTA:** Na primeira etapa por sugestão de um dos colaboradores, alteramos o nome do indicador e também a justificativa. Na segunda etapa da oficina, outro colaborador entendeu por melhor manter o nome original do indicador e que alterações apenas da justificativa assegurava a compreensão do indicador. Diante das contribuições foi dada maior importância a qualificação da justificativa. O nome do indicador retorna como EDUCAÇÃO EM SAÚDE, já que seu significado se dará através da justificativa apresentada.

### TEXTO ALTERADO

**Sem alterações no texto. Nome do indicador foi alterado para EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

<sup>4</sup> “Pensar que a educação em saúde pode ser uma forma de controle também. Depende de como é conduzida. Acho que deve qualificar a educação em saúde no nome do indicador”.

## INDICADOR: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

### TEXTO ORIGINAL

Os estados e municípios possuem autonomia para implementar políticas de acordo com sua realidade. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população, garantido informação qualificada aos atores sociais.

A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de monitoramento e avaliação que se constitua em formas de comunicação da gestão com os atores sociais e se configure em instrumento de democratização da informação.

**Considerações dos Colaboradores:** “Na verdade, tenho uma dúvida: é genérico assim mesmo, ou é monitoramento e avaliação do seu objeto, ou seja, das ações de gestão estratégica e participativa? Se tiver um boletim epidemiológico bem feitinho já está? Acho que o rationale deve explicitar isso”. **Acatada.**

### TEXTO ALTERADO

Os estados e municípios possuem autonomia para implementar a política pública de saúde de acordo com sua realidade. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população. A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de monitoramento e avaliação **dessa política. Dessa forma, cabe a gestão implantar formas de acompanhamento e avaliação da política pública de saúde, que sirvam como instrumentos auxiliares nas discussões, internas ou externas a instituição, sobre o processo da prestação de serviço, qualificando a decisão e a informação aos atores sociais.**



**APÊNDICE J – Propostas de medidas e parâmetros submetidas aos colaboradores no 5º Momento da Oficina de Consenso, contendo resultado final do Rationale.**



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

Neste documento as MEDIDAS e PARÂMETROS estarão sob sua análise de importância. Aponte com um "X" a validade de cada item e faça suas considerações.

<b>DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO</b>
<b>ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO</b>
<b>PLANEJAMENTO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO</b>
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>
<b>ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL</b>
<b>ARTICULAÇÃO EXTRASETORIAL</b>
<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>
<b>TRANSPARÊNCIA</b>
<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>
<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>
<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>

PROPOSTA DE MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS SOB A ÓTICA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

**DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO**

**JUSTIFICATIVA:** A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão. Pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas (BRASIL, 2009a). As políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são mais bem identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento ascendente e participativo.

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO</b>	Percentual de Unidades de Saúde com Conselhos Locais de Saúde ativos atualmente	<b>BOM</b> = 100% <b>RUIM</b> = Menor que 100%	ParticipaSUS - apoiar mobilização social	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
<b>JUSTIFICATIVA do Indicador:</b> A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa aponta que a participação no planejamento e avaliação da política de saúde deve se dar de forma sistemática e frequente. Além disso, há necessidade de ampliação e distribuição de espaços além dos legalmente institucionalizados (Conselhos de saúde e Conferências) que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da				

política de saúde,

Os espaços de participação democráticos afirmam o protagonismo dos atores sociais e propiciam a construção de saberes, o diálogo e a pactuação das diferenças, promovendo a inclusão social, o controle social e a equidade em saúde.

Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, oficialmente institucionalizados ou registrados com os objetivos de: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.

<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>	<b>VALIDAÇÃO</b>
<b>PLANEJAMENTO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO</b>	Realização de reuniões ou oficinas com a comunidade para elaboração do último Plano Municipal de Saúde	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Consulta as unidades de saúde para subsidiar a elaboração do último Plano Municipal de Saúde	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Existência no último Plano Municipal de Saúde de ação específica em	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>

	determinada região territorial do município após identificação de ameaça a saúde.			
<p><b>Justificativa do Indicador:</b> Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa é uma atribuição do Gestor Municipal, garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>O Planejamento ascendente e participativo proporciona a inclusão de diferentes atores na discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade, como também a vinculação dos instrumentos de gestão do SUS, com os instrumentos de gestão governamental. Essas ações propiciam a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção.</p>				

## DIMENSÃO: ARTICULAÇÃO

**JUSTIFICATIVA:** Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com atores e setores de diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido. A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor.

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL</b>	Existência de reuniões com técnicos de todos setores da Secretaria Municipal de Saúde, no mínimo duas vezes por ano para planejar e/ou avaliar	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS/CONASS 2007	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Percentual de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde com presença do Gestor	<b>BOM</b> = 75% <b>RUIM</b> = Menor que 75%	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Percentual de Participação do Município no	<b>BOM</b> = igual ou mais de 75% <b>RUIM</b> = menos	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida

	Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010	que 75%		( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Adesão ao PACTO pela Saúde	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
<p><b>JUSTIFICATIVA do Indicador:</b> Esse indicador tende a observar a dinâmica da Secretaria de Saúde no que compreende as ações de relacionar-se com atores internos e externos vinculados ao setor saúde. Esta ação diz respeito a interação do gestor no espaço interno da secretaria com diferentes atores (Técnicos, comunidade e Conselho Municipal de Saúde) e desses entre si; como também com diferentes setores e instituições externos a secretaria de saúde, mas vinculados ao setor saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, outras Secretarias de Saúde e instituições não governamentais). Promove além da formação de uma unidade na produção de saúde e integração das ações, a percepção das necessidades de saúde e das questões legais e técnico-operacionais, necessária a sua garantia.</p>				

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>ARTICULAÇÃO EXTRASETORIAL</b>	Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde, interno ou externo ao governo municipal.	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Representação do município na Plenária Nacional de Saúde de 2010	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Ações articuladas	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
<b>JUSTIFICATIVA do Indicador:</b> Para garantir articulação a gestão municipal de saúde deve relacionar-se também com órgãos fora do setor saúde, vinculados a esfera governamental e não governamental. Essa ação propicia a integração de ações, a percepção de aspectos que auxiliam ou que são obstáculos ao alcance de resultados, promovendo maior resolubilidade. Neste campo interessa articulação com as outras secretarias do governo municipal, poder legislativo e judiciário e demais instituições vinculadas ao processo saúde-doença.				

## DIMENSÃO: INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

**JUSTIFICATIVA:** Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização da informação e a qualificação da comunicação em saúde ainda são desafios nos processos de gestão. A informação e a comunicação são bases para iniciar qualquer discussão, pois proporcionam o empoderamento e mobilização dos atores sociais e qualificam a tomada de decisão. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e conseqüentemente a gestão. A Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação foram elementos eleitos como propulsores de tais objetivos.

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>TRANSPARÊNCIA</b>	Publicização das deliberações do conselho em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog ou boletins)	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Favorecer a transparência.	<input type="checkbox"/> Válida <input type="checkbox"/> Parcialmente Válida <input type="checkbox"/> Não Válida <b>Considerações:</b>
	Disponibilização do Plano Municipal de Saúde no site da Prefeitura ou Secretaria de Saúde do Município.	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Favorecer a transparência.	<input type="checkbox"/> Válida <input type="checkbox"/> Parcialmente Válida <input type="checkbox"/> Não Válida <b>Considerações:</b>



	Existência de Audiência Pública Trimestralmente no ano de 2010	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	Instrução Normativa TCE/PR e ParticipaSUS - Favorecer a transparência	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
--	--	---------------------------------------	---	--

**JUSTIFICATIVA do Indicador:** A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil.

As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde. O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.

<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>PARÂMETRO</b>	<b>REFERÊNCIA</b>	<b>VALIDAÇÃO</b>
<b>EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	Se o município viabilizou ou ofereceu capacitação aos conselheiros do atual mandato.	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Existência de propostas de ação de educação permanente no último Plano Municipal de Saúde abordando um dos seguintes temas: Participação Social e Mobilização	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	Sugestão Oficina Consenso	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>

	Social; Legislação e funcionamento do SUS; Determinantes de Saúde.			
<p><b>JUSTIFICATIVA do Indicador:</b> A educação permanente é entendida como um processo que gera informação e comunicação através de processos pedagógicos voltados aos profissionais e conselheiros de saúde. Contribui para o desenvolvimento da ação do sujeito social, propiciando maior conhecimento no setor saúde e consequentemente ampliando a qualidade participativa.</p> <p>Na medida em que gera conhecimento e informação e qualifica a comunicação, a Educação permanente também propicia o empoderamento dos atores para a participação em espaços coletivos de decisão, fomentando o protagonismo na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde.</p>				

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	Existência no ano de 2010 de encontros da Secretaria de Saúde com a população para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	PACTO/ParticipaSUS ALBUQUERQUE, (2003)	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Presença nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>

	Existência de propostas de ações de educação em saúde no último Plano Municipal de Saúde	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	Sugestão Oficina Consenso	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
--	--	---------------------------------------	------------------------------	--

**JUSTIFICATIVA do Indicador:** A Educação em Saúde se constitui uma forma de comunicação entre a secretaria de saúde e demais atores sociais. Propicia a ampliação da vocalização das necessidades e desejos de diferentes atores, vinculados a diferentes segmentos e setores. Nesta forma de educação, se prima pela comunicação horizontalizada e relações de troca e não imposição. A Educação em Saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito dos problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007). Reconhecendo a necessidade de repolitização da sociedade brasileira e dos trabalhadores de saúde sobre o direito a saúde, a educação em saúde pode se constituir espaço privilegiado de informação, construção e desconstrução de saberes e ampliação da consciência política sanitária.

INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO	REFERÊNCIA	VALIDAÇÃO
<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	Existência de sistema de auditoria municipal implantado	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	PACTO/ParticipaSUS	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
	Adesão a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família - AMQ	<b>BOM</b> = Sim <b>RUIM</b> = Não	ParticipaSUS - Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS.	( ) Válida ( ) Parcialmente Válida ( ) Não Válida <b>Considerações:</b>
<b>JUSTIFICATIVA do Indicador:</b> Os estados e municípios possuem autonomia para implementar a política pública de saúde de acordo com sua realidade. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população. A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de monitoramento e avaliação dessa política. Dessa forma, cabe a gestão implantar formas de acompanhamento e avaliação da política pública de saúde, que sirvam como instrumentos auxiliares nas discussões, internas ou externas a instituição, sobre o processo da prestação de serviço, qualificando a decisão e a informação aos atores sociais.				

**APÊNDICE K – Apresentação aos colaboradores do Resultado do 5º Momento da Oficina de Consenso – Técnica Delphi, com relação à análise das Medidas e Parâmetros.**

**DIMENSÃO: PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO**

**INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO**

<b>MEDIDAS ORIGINAIS</b>	<b>PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO</b>
<p>Percentual de Unidades de Saúde com Conselhos Locais de Saúde ativos atualmente.</p> <p><b>REFORMULADA</b></p>	<p>(22 %) Válida  <b>(78 %) Parcialmente Válida</b>            (0 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar o Parâmetro; 100% Muito Radical;</li> <li>• Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>• Por que 100%? Com pelo menos mais um extrato, nos pontos de corte, teria uma melhor análise. Se for verificado um % menor, mas crescente não seria bom? Dúvida: é unidade de saúde mesmo?</li> <li>• Na justificativa é preciso especificar o que significa ativo (podemos considerar como ativo o nº de reuniões ao ano, ou melhor, no último ano). Além disso, também é importante que esse conselho seja homologado/registrado pelo CMS.</li> <li>• Atenção para o conhecimento destes conselheiros sobre o sistema de saúde, para a legitimidade dos seus componentes, seu papel na construção do sistema de saúde e do Conselho Municipal de Saúde, centro de decisão nas políticas de saúde.</li> <li>• Um município sem conselhos locais, mas com rotina de</li> </ul>

	<p>escuta permanente nas unidades e conselho municipal ativo e bem representado tem “participação na decisão”.</p> <p><b>Resposta aos Colaboradores:</b></p> <p>a) As observações sobre os parâmetros foram acatados. Faremos oficina presencial para definir esse item.</p> <p>b) A medida foi alterada e reformulada para atender a colaborações dos itens 4 e 5.</p> <p>c) Com relação à última contribuição, justificamos que: A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa recomenda tanto a instituição da rotina de escuta permanente, como também a implementação de conselhos gestores nas unidades de saúde municipais.</p>
<p>Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.</p> <p><b>MANTIDA</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b>  <b>(0 %) Parcialmente Válida</b>  <b>(0 %) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores</b></p> <p><b>MEDIDAS SUGERIDAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Percentual de Ouvidorias com Resposta aos usuários;</b></li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Será utilizada em caso de resposta 100% positiva a medida mantida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Percentual de US que envolveram representantes do CLS em seu planejamento:</b></li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Medida não considerada, pois se não houver Conselho Local de Saúde, não terá objetivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Percentual de Audiências Públicas realizadas no CMS e na Câmara de Vereadores conforme a LEI 8689 DE 27 DE</b></li> </ul>

	<p style="text-align: center;"><b>JULHO DE 1993.</b></p> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Incluída medida similar na dimensão “Informação e Comunicação” – Indicador “Transparência”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Utilização de Relatórios Gerenciais da Ouvidoria e Auditoria no processo de gestão.</b></li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Medida não considerada, pois se não houver Ouvidoria e Auditoria, não terá objetivo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.</li> <li>• Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.</li> <li>• Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010.</li> </ul>	

INDICADOR: PLANEJAMENTO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO	
MEDIDA ORIGINAL	PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO
<p>Realização de reuniões ou oficinas com a comunidade para elaboração do último Plano Municipal de Saúde</p> <p><b>SUBSTITUÍDA</b></p>	<p>(45 %) Válida (22%) Parcialmente Válida (33 %) Não Válida</p> <p>Considerações dos Colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A comunidade já não estaria representada/contemplada pelos US?</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada, substituída.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A realização de reuniões não indica a participação. Será verificado apenas se teve ou não reunião ou serão verificadas as atas para maior consistência?</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Como não se trata de um estudo de caso, a maioria das informações desta pesquisa será coletada através de questionário respondido pelo gestor municipal, ao qual será responsável pela veracidade das informações.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penso que seja muito importante a participação da comunidade na elaboração do Plano Municipal de Saúde. Por serem atores da maior importância no sistema, conhecer suas necessidades e dificuldades, e para contribuir no sentido do PMS ser norteador das ações e não de mera formalidade.</li> </ul>



	<p>Resposta ao Colaborador: Considerada.</p> <p><b>MEDIDA SUGERIDA POR COLABORADORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de reuniões ou oficinas com a comunidade para elaboração do último Plano Municipal de Saúde.</li> </ul> <p>Diante das questões optou-se pela substituição da medida.</p>
<p>Consulta as unidades de saúde para subsidiar a elaboração do último Plano Municipal de Saúde.</p> <p><b>REFORMULADA</b></p>	<p>(78 %) Válida (22 %) Parcialmente Válida (0%) Não Válida</p> <p>Considerações dos Colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Será aplicado um questionário as unidades de saúde ou apenas através de documento, não está claro.</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: A metodologia prevê aplicação de questionário em que o respondente é o gestor municipal ou Técnico de Planejamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode haver consulta as unidades sem participação da população, p.ex., consultando os chefes de unidades.</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Se houver consulta aos chefes das unidades já é possível considerar ascendência e participação no planejamento.</p> <p><b>MEDIDAS SUGERIDAS PELOS COLABORADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 realizaram oficinas com a comunidade para planejar ou avaliar ações e serviços de saúde. Obs. Considerar pré-conferências de saúde.</li> </ul> <p>Resposta aos Colaboradores: O percentual de unidades nesta</p>

	<p>medida favorecerá municípios pequenos (com aproximadamente 3000 hab.) que farão única abordagem com a população e terão desempenho bom. Diferente de grande porte populacional com mais de 10 Unidades de Saúde em que uma abordagem com a população pode classificá-lo com ruim.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Percentual de unidades de saúde envolvidas na elaboração do último Plano Municipal de Saúde</i>- Resposta aos Colaboradores: Alteramos a medida para participação do Conselho Municipal de Saúde no Plano Municipal de Saúde, já que envolve diferentes atores.</li> </ul>
<p>Existência no último Plano Municipal de Saúde de ação específica em determinada região territorial do município após identificação de ameaça a saúde.</p> <p><b>RETIRADA</b></p>	<p>(78 %) Válida (11 %) Parcialmente Válida ( 11 %) Não Válida</p> <p>Considerações dos Colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta clareza na descrição da medida.</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve ser considerada a existência da programação anual de saúde (PAS). Não seria o caso de atender à demanda acima de forma mais imediata?</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: A PAS não necessariamente caracteriza participação e/ou ascendência ao processo de planejamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta decisão pode ter sido tomada a partir de uma identificação da vigilância, sem qualquer participação da população ou da unidade.</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como será possível comprovar a ação?</li> </ul>

	<p>Resposta ao Colaborador: Como não se trata de um estudo de caso, a maioria das informações desta pesquisa serão coletadas através de questionário respondido pelo gestor municipal, ao qual será responsável pela veracidade das informações.</p> <p>MEDIDAS SUGERIDAS PELOS COLABORADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de prioridades do pacto contempladas no Plano Municipal de Saúde;</li></ul> <p>Resposta ao Colaborador: Não necessariamente caracteriza participação e/ou ascendência ao processo de planejamento.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Existência de Programação Anual de Saúde a partir dos objetivos do Plano Municipal de Saúde e das PAS de suas unidades de saúde;</li></ul> <p>Resposta ao Colaborador: Programação Anual realizada a partir dos objetivos do Plano Municipal de Saúde (PMS) não caracteriza planejamento ascendente e participativo, já que o PMS pode ter sido elaborado por uma pessoa.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de Unidades de Saúde que realizaram Programação Anual de Saúde/Planejamento alinhados com os objetivos do Plano Municipal de Saúde;</li></ul> <p>Resposta ao Colaborador: Difícil de ser medida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Percentual de distritos sanitários que realizaram programação anual de saúde/planejamento considerando o planejamento/PAS de suas unidades e os objetivos do Plano Municipal de Saúde. (município acima de 80 mil hab.).</li></ul> <p>Resposta ao Colaborador: Desconsiderada, pois só é possível ser medida</p>
--	---

	<p>em municípios com pop. Acima de 80 mil Hab.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de ações propostas na conferência de saúde contempladas no Plano Municipal de Saúde;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada, incluída medida similar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de ações propostas na última conferência de saúde implantadas;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada, medida adotada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de metas cumpridas no último plano municipal de saúde;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Não necessariamente caracteriza participação e/ou ascendência do processo de planejamento, mas sim pode indicar boa articulação – medida similar incluída no Indicador “Articulação Extrasetorial”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de metas cumpridas na última PAS;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Não necessariamente caracteriza participação e/ou ascendência do processo de planejamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de ações da PAS contempladas na Lei Orçamentária Anual – LOA e na Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: Considerada, mas não incluída, pois possui o mesmo objetivo da medida que mede a implementação das propostas da conferência, que sei implementadas constam no PMS, na PAS e LOA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de objetivos do Plano Municipal de Saúde contemplados no Plano Plurianual – PPA;</li> </ul> <p>Resposta ao Colaborador: idem a resposta anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de ciclos de PDCA que foi submetido o Plano Municipal de Saúde.</li> </ul>
--	---

	Resposta ao Colaborador: Não necessariamente caracteriza processo participativo ou ascendente
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.</li> <li>• Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.</li> <li>• Percentual de ações propostas no Relatório da Penúltima Conferência Municipal de saúde implantadas.</li> </ul>	

### DIMENSÃO: ARTICULAÇÃO

#### INDICADOR: ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL

MEDIDA ORIGINAL	PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO
<p>Existência de reuniões com técnicos de todos setores da Secretaria Municipal de Saúde, no mínimo duas vezes por ano para planejar e/ou avaliar</p> <p><b>SUBSTITUÍDA</b></p>	<p><b>(78 %) Válida</b>  <b>(22 %) Parcialmente Válida</b>  <b>(0 %) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proposta de alteração da medida para:</b> Números de reuniões com técnicos de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde <b>(2 vezes por ano - parâmetro);</b></li> <li>• Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>• Reuniões sem decisões não são bom indicativo de articulação</li> </ul>

	<p><b>Resposta aos Colaboradores:</b> Com base na última observação optou-se pela substituição da medida, contemplando ação prevista na Política Nacional de Atenção Básica.</p>
<p>Percentual de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde com presença do Gestor <b>SUBSTITUÍDA</b></p>	<p><b>(89 %) Válida</b> (11%) Parcialmente Válida (0 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que fazer se em todos os municípios a resposta for Bom?</li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Concordamos e para que isso não ocorra optou-se por substituição da medida.</p>
<p>Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010 <b>MANTIDA</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b> (0 %) Parcialmente Válida (0 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem considerações</li> </ul>
<p>Adesão ao PACTO pela Saúde <b>RETIRADA</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b> (0 %) Parcialmente Válida (0 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>• A meu ver, município que não adere ao pacto tem que ser mal avaliado em toda a dimensão.</li> </ul>

	<p><b>MEDIDAS SUGERIDAS PELOS COLABORADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de participação de reuniões da Comissão Intergestora Bipartite – CIB;</li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada: O Município pode não ter participado, mas enviado representante do Colegiado de Gestão Regional, por exemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de reuniões ou participação de eventos do Cossems;</li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada: O Município pode ter não participado, mas sim enviado representante do Colegiado de Gestão Regional, por exemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de parcerias realizadas em um ano.</li> </ul> <p><b>Resposta ao Colaborador:</b> Medida similar proposta no indicador: Articulação Extrasetorial Análise descritiva e exploratória indica adesão ao Pacto pela Saúde em 100% dos municípios em Santa Catarina. Diante disso decidimos pela retirada da medida.</p>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.</li> <li>• Percentual de Unidades de Saúde que realizam reuniões semanais de equipe.</li> <li>• Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO.</li> </ul>	

INDICADOR: ARTICULAÇÃO EXTRASETORIAL	
MEDIDA ORIGINAL	PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO
<p>Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010</p> <p><b>MANTIDA</b></p>	<p><b>(67 %) Válida</b>            (0 %) Parcialmente Válida            (33 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem considerações</li> </ul>
<p>Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde, interno ou externo ao governo municipal.</p> <p><b>MANTIDA</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b>            (0 %) Parcialmente Válida            (0 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem considerações</li> </ul>
<p>Representação do município na Plenária Nacional de Saúde de 2010</p> <p><b>RETIRADA</b></p>	<p><b>(78 %) Válida</b>            (11 %) Parcialmente Válida            (11 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plenária Nacional de Saúde de 2010 (?).</li> <li>Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>Muito restrito a um evento de âmbito nacional, a sugestão seria a realização de conferência municipal de saúde.</li> <li>A medida tende a penalizar municípios menores, que tem boa articulação, mas não enviaram representantes a plenária nacional, por motivos que não prejudicam sua articulação,</li> </ul>



	<p>pelo contrário: optaram por delegar a um representante de uma região, consórcio, grupo regional, etc., economizando custos, mantendo pessoal completo etc.</p> <p><b>Resposta aos Colaboradores:</b> Concordando com as colaborações optou-se por retirar a medida.</p> <p><b>SUGESTÃO DE MEDIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de parceria formal com a Secretaria de Educação.</li> </ul>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010.</li> <li>Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.</li> </ul>	

### DIMENSÃO: INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

#### INDICADOR: TRANSPARÊNCIA

MEDIDA ORIGINAL	PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO
<p>Publicização das deliberações do conselho em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog ou boletins)</p> <p><b>TEXTO REFORMULADO</b></p>	<p><b>(100%) Válida</b>  <b>(0%) Parcialmente Válida</b>  <b>(0%) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>Acrescer outras formas de publicização.</li> <li>O termo publicizar também pode ser usado como a</li> </ul>

	<p>transferência de atividades de utilidade pública para o setor privado, sugiro substituí-lo.</p> <p><b>Resposta aos Colaboradores:</b> Considerações Acatadas</p>
<p>Disponibilização do Plano Municipal de Saúde no site da Prefeitura ou Secretaria de Saúde do Município.</p> <p><b>TEXTO REFORMULADO</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b>  (0 %) Parcialmente Válida  (0%) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>• Ruim aqui deveria comprometer todo o indicador.</li> </ul>
<p>Existência de Audiência Pública Trimestralmente no ano de 2010</p> <p><b>REFORMULADA</b></p>	<p><b>(89 %) Válida</b>  (0 %) Parcialmente Válida  (11 %) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acho um exagero um município ter que fazer audiências públicas trimestrais, principalmente se já teve “bom” nos dois indicadores anteriores.</li> <li>• Cumprimento do artigo 12 da Lei 8689 de 1993.</li> </ul> <p><b>Resposta aos Colaboradores:</b> Em função das considerações a medida teve sua redação reformulada e seu parâmetro será discutido em oficina.</p> <p><b>MEDIDAS SUGERIDAS PELOS COLABORADORES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório anual de gestão apresentado ao CMS;</li> <li>• Relatório anual de gestão encaminhado à Câmara de</li> </ul>

	<p>Vereadores, Tribunal de Contas do Estado e CIB/SES.</p> <p><b>Resposta aos Colaboradores:</b> Medida similar incluída em outro indicador.</p>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público, (site, blog, boletins, Jornal, TV, ou outras formas), no ano de 2010.</li> <li>• Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras formas).</li> <li>• Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.</li> </ul>	

<b>INDICADOR: EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	
<b>MEDIDA ORIGINAL</b>	<b>PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o município viabilizou ou ofereceu capacitação aos conselheiros do atual mandato.</li> </ul> <p><b>TEXTO REFORMULADO</b></p>	<p>(89%) <b>Válida</b>  (0%) <b>Parcialmente Válida</b>  (11%) <b>Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proposta de alteração da redação da medida:</b>  <i>Percentual anual de conselheiros capacitados.</i> É importante lembrar que a PARTICIPASUS coloca recursos financeiros no Estado para que ele capacite</li> </ul>

	<p>conselheiro, além dos municípios contemplados com esse recurso financeiro. (Essa medida não diz se a gestão é participativa, pois o conselheiro pode ter ido à busca da capacitação). <b>Resposta aos Colaboradores:</b> Considerada - Texto da medida reformulado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceto para o caso desses conselheiros já terem feito capacitação. <b>Resposta aos Colaboradores:</b> Alterou-se a redação da medida e todos os conselheiros foram incluídos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de propostas de ação de educação permanente no último Plano Municipal de Saúde abordando um dos seguintes temas: Participação Social e Mobilização Social; Legislação e funcionamento do SUS; Determinantes de Saúde.</li> </ul> <p><b>SUBSTITUÍDA</b></p>	<p><b>(100%) Válida</b>  <b>(0 %) Parcialmente Válida</b>  <b>(0%) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não poderia ser incluído mais uma medida sobre o número de realizados/planejado?</li> <li>• Para quem? Para a população toda? O que são ações de educação permanente, especificamente?</li> </ul> <p><b>MEDIDAS SUGERIDAS PELOS COLABORADORES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Existência de uma Política Municipal de Educação Permanente (município acima de 100 mil hab.). <b>Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada, pois só é possível ser medida em municípios com pop. Acima de 100 mil Hab.</li> <li>2 Existência de núcleo de educação permanente ou espaço semelhante (município acima de 80 mil hab.) <b>Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada, pois só é possível ser medida em municípios com pop. Acima de 80 mil Hab.</li> </ol>

	<p>3 Percentual de Unidades de Saúde que utiliza as reuniões de equipe (pelo menos 1 ao mês) para realizar educação permanente. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada: influenciando na medida eleita.</p> <p>4 Percentual de gestores com especialização em Gestão Pública em Saúde (município acima de 80 mil hab.) <b>Considerar gestores – qualquer profissional que esteja na SMS, coordenadores de unidades, qualquer profissional que esteja no distrito. Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada, pois só é possível ser medida em municípios com pop. Acima de 80 mil Hab.</p> <p>5 Percentual de Conselhos locais em que foram realizadas ao menos uma capacitação ao ano. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Desconsiderada, pois se não houver Conselhos Locais, a medida não terá função.</p> <p>6 Percentual de ESF que utilizam a AMQ. <b>Resposta ao Colaborador:</b> AMQ foi vinculada a uma medida da Dimensão: Monitoramento e Avaliação.</p> <p>7 Números de reuniões anuais para discutir o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Saúde. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada: influenciando na medida eleita.</p> <p>8 Existência de um painel de acompanhamento/ monitoramento de indicadores do pacto pela saúde, Plano Municipal de Saúde e PAS. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada: influenciando na medida eleita e na</p>
--	--

	<p>construção de medidas do indicador “Monitoramento e Avaliação”.</p> <p>9 <a href="#">Apresentação do cumprimento de metas do ano anterior e pactuação das metas do pacto dos indicadores no CMS.</a>  <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada: Incluída medida similar na Dimensão: Articulação, Indicador: Articulação Intrasetorial.</p> <p>10 <a href="#">Percentual de metas cumpridas dos indicadores do Pacto pela Saúde.</a> <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada: Incluída medida similar no Indicador Articulação Intrasetorial.</p> <p>Frente às considerações e inúmeras sugestões, essa medida foi substituída. As considerações 3, 7 e 8 tiveram influência significativa na medida eleita como substitutiva.</p>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de Conselheiros de Saúde que receberam capacitação do Município no ano de 2010.</li> <li>• Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.</li> </ul>	

INDICADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE	
MEDIDA ORIGINAL	PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO
<p>Existência no ano de 2010 de encontros da Secretaria de Saúde com a população para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.</p> <p><b>REFORMULADA</b></p>	<p><b>(100%) Válida</b>  (0 %) Parcialmente Válida  (0%) Não Válida</p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adotar parâmetro intermediário entre bom e ruim.</li> <li>• Este indicador e o anterior talvez pudessem ser fundidos, ou ter menos medidas. O modelo não perderia nada com isso, mas ficaria menor. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Ambos indicadores possuem objetivos diferentes, portanto não podem ser fundidos.</li> <li>• A população se refere aos conselhos locais ou municipais, ou população em geral? Acho que se for em geral vai ficar difícil medir ou a maioria vai ter um resultado ruim. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Medida reformulada referindo-se à população local, garantindo a medida caso não haja conselho local.</li> <li>• Como se classificariam esses encontros, em momentos formais, por exemplo, em seminários, ou poderiam ser os momentos das próprias reuniões dos conselhos (uma vez abertas à participação da comunidade) onde o assunto possa ter sido tratado. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Alteramos a medida para que seja específico da unidade de saúde, pois o objetivo é educação em saúde de forma a ampliar a vocalização de diferentes atores.</li> </ul>

<p>Presença nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde</p> <p><b>TEXTO REFORMULADO</b></p>	<p><b>(100 %) Válida</b>  <b>(0 %) Parcialmente Válida</b>  <b>(0%) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Incluir carta aos usuários do SUS. Resposta ao Colaborador:</b> Na nomenclatura Material educativo/informativo, já se inclui a carta de usuários do SUS.</li> <li>• <b>Não poderia ter uma medida de realização de ações? Resposta ao Colaborador:</b> O desenvolvimento de atividades de educação em saúde pela Unidades de Saúde se constitui uma medida de realização de ações.</li> <li>• <b>Este indicador e o anterior talvez pudessem ser fundidos, ou ter menos medidas. O modelo não perderia nada com isso, mas ficaria menor. Resposta ao Colaborador:</b> Ambos indicadores possuem objetivos diferentes, portanto não podem ser fundidos.</li> <li>• <b>Ao invés de presença, existência de material e em caso afirmativo, se esse é disponibilizado ao público no formato de cartilhas, folders, etc. Resposta ao Colaborador:</b> Alteração realizada.</li> </ul>
<p>Existência de propostas de ações de educação em saúde no último Plano Municipal de Saúde</p> <p><b>RETIRADA</b></p>	<p><b>(89 %) Válida</b>  <b>(11%) Parcialmente Válida</b>  <b>(0 %) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ensinar a lavar as mãos com álcool gel também aumenta</b></li> </ul>



	<p>participação social? <b>Resposta ao Colaborador:</b> Objetivando a formação da consciência crítica das pessoas, apontamos nas medidas desse indicador que as ações de educação em saúde aconteçam com base em alguns temas específicos (Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PARA QUEM? Conselhos locais, municipais ou a comunidade</b> <b>Resposta ao Colaborador:</b> População em geral.</li> </ul> <p>A medida foi retirada, entendendo que foi contemplada após a reformulação do texto das duas primeiras medidas.</p>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.</li> <li>• Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde.</li> </ul>	

<b>INDICADOR: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	
<b>MEDIDA ORIGINAL</b>	<b>PERCENTUAL DE VALIDAÇÃO</b>
Existência de sistema de auditoria municipal implantado. <b>SUBSTITUÍDA</b>	<b>(56 %) Válida</b> (11 %) Parcialmente Válida (33 %) Não Válida <b>Considerações dos Colaboradores:</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugestão de substituição da medida por: elaboração de relatório anual de gestão no ano anterior ao ano de avaliação da implementação da política. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Sugestão considerada – medida substituída.</li> <li>• Tendem a ser muito técnicas, e muito complexas para municípios de pequeno porte. Ainda preferia que a participação popular monitorasse mais a assistência que a grana. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Sugestão considerada – medida substituída.</li> </ul>
<p>Adesão a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ</p> <p><b>REFORMULADA</b></p>	<p><b>(67 %) Válida</b>  <b>(0 %) Parcialmente Válida</b>  <b>(33 %) Não Válida</b></p> <p><b>Considerações dos Colaboradores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não poderia verificar ações de M&amp;A realizadas? <b>Resposta ao Colaborador:</b> Sugestão considerada.</li> <li>• A medida, embora guarde correlação com a política ParticipaSUS e apesar de ser prioridade do Pacto o fortalecimento da atenção básica, fica restrito apenas ao saúde da família, e não à qualidade da atenção primária como um todo. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Sugestão considerada.</li> <li>• A AMQ somente será um instrumento de informação caso seja divulgada e não usada apenas como uma ferramenta de avaliação da gestão na atenção primária, especificamente na estratégia de saúde da família. Existe na ferramenta alguma proposta de torná-la pública, por exemplo, com a apresentação ao CMS. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Considerada, incluída medida de divulgação da informação através do Relatório Anual de Gestão. Outra medida também foi pensada</li> </ul>

	<p>objetivando observar se internamente existe instrumento de monitoramento e avaliação, já que o relatório de gestão deve se basear em documentos desse tipo.</p> <p><b>SUGESTÃO DE MEDIDA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesão a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica e do acesso a serviços de saúde – Ex.: Estratégia Saúde da Família – AMQ ou outras que venham a ser pactuadas, uma vez que essa matriz poderá ser aplicada por vários anos. <b>Resposta ao Colaborador:</b> Compõe a segunda medida proposta para esse indicador.</li> </ul>
<p><b>NOVAS MEDIDAS PROPOSTAS PARA O INDICADOR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.</li> <li>• Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação (AMQ ou outros) no período 2010-2011.</li> <li>• Número de Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.</li> </ul>	

**COMENTÁRIOS:**



## APÊNDICE L – Questionário



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

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Modelo de Avaliação da Gestão Estratégica e Participativa no SUS**” com o objetivo de desenvolver um modelo de avaliação para da Gestão Municipal do SUS, na ótica da Proposta de Gestão Estratégica e Participativa, como também testar sua aplicabilidade. Essa pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no nível de mestrado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) sob a orientação da Dra. Josimari Telino de Lacerda.

A importância deste estudo está no desenvolvimento de um instrumento de avaliação que poderá servir posteriormente para a tomada de decisão e direcionamento de ações ao secretário municipal quanto à condução da gestão, tendo como norte os princípios do SUS e a Política da Gestão Estratégica Participativa.

A pesquisa será desenvolvida através da aplicação de um formulário de perguntas aos gestores municipais de saúde ou pessoa designada, que pode variar de 27 a 50 questões, dependendo das respostas. As questões foram orientadas pela concepção de uma Matriz Avaliativa elaborada para essa pesquisa.

Para que o questionário possa alcançar com propriedade os objetivos da pesquisa, vimos por meio desta **solicitar a sua participação nesta etapa da pesquisa**, respondendo às perguntas desse formulário

A referida pesquisa foi apresentada na 34ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestão Regional da Grande Florianópolis em abril de 2011.

É importante ressaltar que sua participação é FUNDAMENTAL e que caso sua decisão for de participar pode ser reconsiderada e poderá a qualquer momento desistir do consentimento sem penalização. Solicitamos apenas entrar em contato com o pesquisador principal através dos seguintes contatos para comunicar sua decisão (telefone e e-mail);

Se optar por **não** participar da pesquisa, solicitamos somente que nos

comunique, através dos contatos disponibilizados abaixo.

Durante toda a pesquisa, será garantido ao participante o sigilo das informações e o esclarecimento de suas dúvidas com relação ao estudo. Ao final enviaremos um resumo dos resultados da pesquisa a cada município participante.

No término do questionário há um campo para manifestação do respondente, no que diz respeito a qualquer consideração que deseje explicitar com relação as questões abordadas.

Esperando contar com seu apoio para mais essa iniciativa de aprimoramento do SUS, agradecemos.

---

Atenciosamente,

Dra. Josimari Telino de Lacerda

Profª. PPGSP – UFSC

(48) 3721-5146

[jtelino@gmail.com](mailto:jtelino@gmail.com)

Simone Aparecida Passos

Mestranda PPGSC – UFSC

(48) 8419-4351

[sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)

## TERMO DE CONSENTIMENTO

**1) Como representante deste Município, estou ciente da proposta de pesquisa do “MODELO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS”, e: \***



Aceito e autorizo responder ao questionário parte dessa pesquisa;

## DADOS DO ENTREVISTADO

**2) Nome:**

**3) Pertencente ao Município de:**

**4) Telefone para contato:**

**5) Correio Eletrônico (email):**

## INFORMAÇÕES GERAIS

6) **Número de Unidades Básicas de Saúde. :**

7) **Número de Equipes de Saúde da Família:**

8) **Número de Membros (Titulares e Suplentes) do Conselho Municipal de Saúde:**

9) **Quantas reuniões o Conselho Municipal de Saúde realizou entre os meses de março a novembro de 2010?**

10) **A Secretaria de Saúde ou as Unidades de Saúde possuem algum instrumento ou mecanismo de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais?**

SIM

NÃO

11) **Indique quais instrumentos/mecanismos INSTITUCIONALIZADOS a Secretaria de Saúde ou Unidades de Saúde possuem de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais:**

OUVIDORIA

CAIXA DE SUGESTÃO

EMAIL

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

TELEFONE

OUTROS



NENHUMA DAS OPÇÕES

**12) Indique quais OUTROS instrumentos/mecanismos que a Secretaria de Saúde ou Unidade de Saúde possui de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.**

**13) Diante de sugestões, elogios ou reclamações há instrumentos/mecanismos de resposta aos usuários?**

SIM

NÃO

**14) Indique quais instrumentos/mecanismos a Secretaria Municipal de Saúde utiliza para dar respostas:**

OUVIDORIA

EMAIL

ATENDIMENTO INDIVIDUAL

TELEFONE

OUTROS

NENHUMA DAS OPÇÕES

**15) Indique quais OUTROS instrumentos/mecanismos que a Secretaria de Saúde ou Unidade de Saúde possui para dar respostas as sugestões, elogios ou reclamações de usuários e profissionais.**

**16) Quantas unidades de saúde (em números) possuem Conselho Local de Saúde implantado?**

Por Conselho Local de Saúde entende-se um grupo formado por profissionais e usuários vinculados a determinada unidade de saúde que se reúne periodicamente para debater, planejar e avaliar a política

de saúde local.

**17) O Município possui PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE vigente?**

SIM

NÃO

**18) Informe se o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE foi aprovado pelo CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE?**

SIM

NÃO

**19) Informe (em números) em quantas reuniões do Conselho Municipal de Saúde foi discutido o PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE vigente para fins de aprovação.**

Considerar SOMENTE reuniões que tiveram QUORUM.

**20) Qual o período de vigência (ano de início e fim) do último PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE?**

**21) O Plano Municipal de Saúde vigente foi discutido com técnicos das unidades de Saúde?**

SIM

NÃO

**22) Quantas reuniões/oficinas a gestão realizou em 2010 com técnicos das unidades de saúde para discutir planejamento?**

**23) Qual foi o número de Propostas do RELATÓRIO DA PENÚLTIMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE?**

**24) Quantas Propostas do RELATÓRIO DA PENÚLTIMA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE foram IMPLANTADAS?**

**25) As equipes de Saúde da Família realizam reuniões periodicamente?**

SIM

NÃO

**26) Indique qual a periodicidade dessas reuniões:**

**27) Informe outra Periodicidade?**

**28) Em quantas (números) Unidades de Saúde as reuniões de Equipe de Saúde da Família ou de Equipe da Unidade de Saúde aconteceram semanalmente no primeiro semestre de 2011?**

Caso exista mais de uma Equipe de Saúde em determinada Unidade de Saúde, tome como referência uma das equipes.

**29) Quais das Secretarias Municipais abaixo têm representação na Composição do atual Conselho Municipal de Saúde?**

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SECRETARIA DE OBRAS

SECRETARIA DE CULTURA

- SECRETARIA DE ESPORTE E LAZER
- SECRETARIA DE FINANÇAS
- SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
- SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
- NENHUMA DAS OPÇÕES
- OUTRAS.

**30) Indique qual (is) OUTRA (s) secretaria (s) municipal (is) têm representação na composição do Conselho Municipal de Saúde:**

**31) No último Plano Municipal de Saúde existem propostas em conjunto com instituições/órgãos fora do setor saúde?**

- SIM
- NÃO

**32) Aponte com quais instituições/órgãos são propostas ações conjuntas no último Plano Municipal de Saúde.**

- SECRETARIAS (Municipais ou Estaduais) de Educação
- SECRETARIAS (Municipais ou Estaduais) de Assistência Social
- SECRETARIAS (Municipais ou Estaduais) de Cultura
- SECRETARIAS (Municipais ou Estaduais) de Esporte e Lazer
- EMPRESAS
- ONG's
- OUTRAS
- NENHUMA DAS OPÇÕES

**33) Indique com qual (is) OUTRA (s) instituição (ões) fora do setor**

**saúde se propõe ações no último Plano Municipal de Saúde:**

**34) A Secretaria Municipal de Saúde torna pública e de fácil acesso as deliberações do Conselho Municipal de Saúde?**

SIM

NÃO

**35) Através de:**

SITE da Prefeitura/Secretaria

SITE ou BLOG do Conselho Municipal de Saúde

BOLETINS INFORMÁTIVOS

RÁDIO/JORNAL/TV

CARTAZ

MURAL

NENHUMA DAS OPÇÕES

OUTROS MEIOS

**36) Quais?**

**37) A Secretaria Municipal de Saúde torna público e de fácil acesso o último Plano Municipal de Saúde?**

SIM

NÃO

**38) Através de:**

SITE da Prefeitura/Secretaria

SITE ou BLOG do Conselho Municipal de Saúde

- BOLETINS INFORMATIVOS
- RÁDIO/JORNAL/TV
- CARTAZ
- MURAL
- OUTROS MEIOS
- NENHUMA DAS OPÇÕES

39) **Quais?**

40) **A Secretaria Municipal de Saúde fez audiências públicas no ano de 2010 para Prestação de Contas e/ou apresentação de Relatórios das ações de saúde? \***

- SIM
- NÃO

41) **Qual o número de Audiências Públicas realizadas para Prestação de Contas e/ou apresentação de Relatórios das ações de saúde realizadas pela gestão em 2010:**

42) **O Município realizou atividades de capacitação para os Conselheiros Municipais de Saúde no ano de 2010?**

- SIM
- NÃO

43) **Quantos Conselheiros Municipais de Saúde participaram?**

44) **A Gestão realizou discussão dos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e/ou PACTO com as Unidades de Saúde em 2010?**

SIM

NÃO

**45) Quantas (em número) Unidades de Saúde participaram dessa discussão?**

**46) As Unidades Básicas de Saúde realizaram atividades de Educação em Saúde com a Comunidade no ano de 2010?**

SIM

NÃO

**47) Quantas (em números) Unidades Básica de Saúde desenvolveram atividades de Educação em Saúde com a comunidade para discutir um dos assuntos a seguir: 1) Participação Social e/ou Mobilização Social; 2) Legislação e Funcionamento do SUS; 3) Determinantes de Saúde:**

**48) Quantas (em números) Unidades Básica de Saúde dispõe atualmente de material informativo de fácil acesso da população, abordando um dos seguintes temas: 1) Participação Social e/ou Mobilização Social; 2) Legislação e Funcionamento do SUS; 3) Determinantes de Saúde:**

**49) O Conselho Municipal de Saúde aprovou o Relatório Anual de Gestão de 2010?**

SIM

NÃO

**50) O Secretaria de Saúde realizou Monitoramento e/ou Avaliação das ações e serviços de saúde no período de 2010-2011?**

- SIM
- NÃO

**51) Quais instrumentos a Secretaria de Saúde aderiu para monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no período de 2010-2011?**

- Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica - AMQ
- Outros

**52) Quais OUTROS instrumentos a Secretaria de Saúde aderiu para monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde no período de 2010-2011? :**

**53) Considerações com relação ao questionário:**



**APÊNDICE M – Convite aos municípios para participação na pesquisa.**

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

Ilmo(a). Senhor(a)  
Secretário(a) Municipal de Saúde

Prezado(a) Secretário(a),

Seu município foi selecionado para participar da pesquisa “Modelo de Avaliação da Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS”. A proposta de pesquisa foi apresentada na 34ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestão Regional da Grande Florianópolis, em abril de 2011, e vem sendo desenvolvida deste agosto de 2009. Esta vinculada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina e ao Núcleo de Extensão e Pesquisa em avaliação em Saúde da UFSC – NEPAS/UFSC.

O NEPAS juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde foi idealizador da Avaliação da Atenção Básica, adotada pelo Estado como um instrumento de monitoramento e avaliação, da qual a maioria dos municípios catarinenses participa anualmente.

Foram escolhidos a participar os municípios da área de abrangência da Região de Saúde da Grande Florianópolis, por apresentarem diferentes portes populacionais e características de organização do sistema de saúde também diferenciadas.

A importância deste estudo está no desenvolvimento de um instrumento que servirá posteriormente para o direcionamento de ações a serem desenvolvidas pelo gestor quanto à condução da gestão, tendo como norte os princípios do SUS.

A participação do município se dará no teste de aplicabilidade do modelo de avaliação proposto, respondendo a um questionário que será enviado posteriormente por email através do FORMSUS. Sugere-se que o formulário seja respondido pelo Secretario (a) de Saúde ou Técnico do Planejamento, e que qualquer consideração, com relação aos itens questionados, seja apontada ao final do questionário.

Solicitamos resposta **positiva** ou **negativa** através deste email, com relação à participação de seu município na pesquisa.

Salientamos que o Ministério da Saúde demonstrou interesse em utilizar esse instrumento no Território Nacional, portanto reforçamos a importância da sua participação na construção do mesmo.

Certas de sua colaboração agradecemos antecipadamente e aguardamos sua resposta. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos através dos contatos: telefone **(48) 8419-4351** ou email: [sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br).

Atenciosamente,  
Dra. Josimari Telino de Lacerda  
Profª. PPGSP – UFSC  
[jtellino@gmail.com](mailto:jtellino@gmail.com)

Simone Aparecida Passos  
Mestranda PPGSC – UFSC  
(48) 8419-4351  
[sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)

**APÊNDICE N - Matriz com resultado da aplicação nos 22 Municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis.**

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO								
INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO								
MUNICÍPIOS	MEDIDA:1	PARAMETRO 1	MEDIDA:2	PARAMETRO 2	MEDIDA:3	PARAMETRO 3	PROPOSTA substituição da MEDIDA 3	PROPOSTA DE SUBSTITUIÇÃO DO PARAMETRO 3
	Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de	BOM: (09) Nove ou mais reuniões= 1	Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de	BOM: SIM = 1	Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de	BOM: Acima de 90%= 2	Existência de conselhos locais no município.	BOM: SIM = 1
		RUIM: Menos de 9= 0		RUIM: NÃO = 0		REGULAR: 50% a 90% = 1		RUIM: NÃO = 0
		JUSTIFICATIV A: Questão		JUSTIFICATI VA: Questão		RUIM: Menos de 50% = 0		

	<b>março a novembro de 2010.</b>	normativa Resolução 333/03 - Uma reunião mensal	<b>escuta permanente de usuários e profissionais.</b>	Normativa - PARTICIPASU S	<b>Saúde implanta do.</b>	<b>JUSTIFICA TIVA:</b> A Resolução do CNS 333/03, aponta que o princípio de descentralizaç ão do SUS, determina a ampliação dos Conselhos de Saúde, que hora se estabelecem através dos Conselhos Locais. A Política ParticipaSUS aponta como prática da Gestão Estratégica e Participativa o incentivo desses espaços.		
--	----------------------------------	--	---	---------------------------------	-----------------------------------	--	--	--

1	2	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0
2	4	0	NÃO	0	100	2	SIM	1
3	3	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0
4	3	0	NÃO	0	100	2	SIM	1
5	5	0	SIM	1	0	0	NÃO	0
6	8	0	SIM	1	7	0	SIM	1
7	7	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0
8	9	1	SIM	1	67	1	SIM	1
9	2	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0
10	8	0	NÃO	0	100	2	SIM	1
11	5	0	NÃO	0	14	0	SIM	1
12	3	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0
13	9	1	SIM	1	22	0	SIM	1
14	6	0	NÃO	0	0	0	NÃO	0

15	8	0	SIM	1	0		NÃO	0
						0		
16	6	0	NÃO	0	0		NÃO	0
						0		
17	7	0	SIM	1	0		NÃO	0
						0		
18	6	0	SIM	1	26		SIM	1
						0		
19	3	0	SIM	1	0		NÃO	0
						0		
20	9	1	NÃO	0	0		NÃO	0
						0		
<b>% RESPOSTAS</b>								
	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	
<b>RESULTADOS</b>								
		<b>BOM= 15%</b>		<b>BOM= 40%</b>		<b>BOM= 15%</b>		<b>BOM= 40%</b>
		<b>RUIM= 85%</b>		<b>RUIM= 60%</b>		<b>REGULAR= 5%</b>		<b>RUIM= 60%</b>
						<b>RUIM= 80%</b>		

DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO					
INDICADOR: PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO					
MEDIDA:4	PARAMETRO 4	MEDIDA:5	PARAMETRO 5	MEDIDA:6	PARAMETRO 6
Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.	BOM: duas ou mais = 1	Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.	BOM: SIM= 1	<b>Percentual de ações propostas no Relatório da Penúltima Conferência Municipal de saúde implantadas.</b>	BOM: Acima de 90%= 2
	RUIM: Menos de 2 = 0		RUIM: NÃO= 0		REGULAR: 50% a 90%= 1
	JUSTIFICATIVA: A Apreciação e deliberação do PMS pelo conselho é prevista na Resolução do CNS n.333/03. A proposta de parâmetro é de que para apreciação e deliberação haja minimamente duas reuniões do CMS, sendo a primeira de apresentação do PMS e a segunda de aprovação.		Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa é uma atribuição do Gestor Municipal, garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente		RUIM: Menos de 50%= 0

MUNICÍPIOS





DIMENSÃO ARTICULAÇÃO					
INDICADOR: Articulação Intrasetorial					
MEDIDA:7	PARAMETRO 7	MEDIDA:8	PARAMETRO 8	MEDIDA:9	PARAMETRO 9
<b>Percentual de Unidades de Saúde que realizam reuniões semanais de equipe.</b>	BOM: Acima de 90% = 2	<b>Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.</b>	BOM: Igual ou maior de 75%= 1	<b>Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO.</b>	BOM: Acima de 80%= 2
	REGULAR: 50% a 90% = 1		RUIM: Menos de 75%= 0		REGULAR: 50% a 80% = 1
	RUIM: Menos de 50% = 0		JUSTIFICATIVA: Segundo o MEC um bom aproveitamento das discussões ocorrem quando se alcança no mínimo 75% de frequência.		RUIM: Menos de 50%= 0
	JUSTIFICATIVA: A reunião semanal das ESF é uma normativa da Política Nacional de Atenção Básica. Por ser um ação normativa, configura-se espaço apropriado para articulação interna, e criação de espaços de Mobilização Social, ação		JUSTIFICATIVA= As metas do SISPACTO representam proposições dos municípios de alcance de alguns objetivos com base nas metas estaduais e metas próprias atingidas anteriormente. Neste contexto sugerimos BOM para 80% de alcance dessas metas.		

MUNICÍPIOS

		orientada pela Política PARTICIPASU S.				
1	0	0	54,5	0	28,6	0,0
2			36,4	0	44,4	0,0
3	0	0	9,1	0	72,7	1,0
4	100	2	81,8	1	83,3	2,0
5	0	0	63,6	0	40,0	0,0
6	33	0	63,6	0	53,3	1,0
7	43	0	81,8	1	50,0	1,0
8			81,8	1	47,4	0,0
9	22	0	63,6	0	36,4	0,0
10	100	2	27,3	0	50,0	1,0
11	100	2	18,2	0	42,9	0,0
12	40	0	72,7	0	63,6	1,0
13	100	2	36,4	0	50,0	1,0
14	50	1	81,8	1	55,6	1,0
15	100	2	100,0	1	61,5	1,0
16	50	1	63,6	0	57,1	1,0
17	80	1	100,0	1	41,7	0,0
18	100	2	36,4	0	38,9	0,0
19	100	2	72,7	0	40,0	0,0
20	27	0	100,0	1	50,0	1,0

<b>% RESPOSTAS</b>					
	<b>90%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>
<b>RESULTADOS</b>					
		<b>BOM= 39%</b>		<b>BOM= 35%</b>	<b>BOM= 5%</b>
		<b>REGULAR= 16%</b>		<b>RUIM= 65%</b>	<b>REGULAR= 50%</b>
		<b>RUIM= 45%</b>			<b>RUIM= 45%</b>
<b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>					
<b>INDICADOR: Articulação Extrasetorial</b>					
<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MEDIDA:10</b>	<b>PARAMETRO 10</b>	<b>PROPOSTA de substituição da MEDIDA:10</b>	<b>PARAMETRO 10</b>	<b>MEDIDA:11</b>
	<b>Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010.</b>	BOM: SIM= 1 RUIM: NÃO= 0	<b>Existência de Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social.</b>	BOM: SIM= 1 RUIM: NÃO= 0	<b>Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.</b>
					BOM: SIM= 1 RUIM: NÃO= 0

1	NÃO	0	SIM	1	NÃO	0
2	SIM	1	SIM	1	NÃO	0
3	NÃO	0	SIM	1	NÃO	0
4	SIM	1	SIM	1	SIM	1
5	SIM	1	SIM	1	NÃO	0
6	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
7	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
8	NÃO	0	SIM	1	SIM	1
9	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
10	NÃO	0	SIM	1	SIM	1
11	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
12	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
13	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
14	SIM	1	SIM	1	SIM	1
15	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
16	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
17	NÃO	0	NÃO	0	SIM	1
18	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
19	NÃO	0	NÃO	0	NÃO	0
20	NÃO	0	SIM	1	SIM	1
<b>% RESPOSTA</b>						
	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
		<b>BOM= 20%</b>		<b>BOM= 45%</b>		<b>BOM= 55%</b>
		<b>RUIM= 80%</b>		<b>RUIM= 55%</b>		<b>RUIM= 45%</b>

<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>						
<b>INDICADOR: Transparência</b>						
<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MEDIDA:12</b>	<b>PARAMETRO 12</b>	<b>MEDIDA:13</b>	<b>PARAMETRO 13</b>	<b>MEDIDA:14</b>	<b>PARAMETRO 14</b>
	<b>Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público, (site, blog, boletins, Jornal, TV, ou outras formas), no ano de 2010.</b>	BOM: SIM= 1	<b>Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras formas).</b>	BOM: SIM= 1	<b>Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.</b>	BOM: quatro ou mais= 2
RUIM: NÃO= 0		RUIM: NÃO= 0		REGULAR: Até três= 1		
				RUIM: Nenhuma= 0		
					<b>JUSTIFICATIV A: A LEI 8689/93, reforçada pela LEI 12.438/11, normatiza que os Gestores do SUS devem realizar trimestralmente prestação de contas aos Conselhos de Saúde e Câmara de Vereadores.</b>	

1	SIM	1	NÃO	0	0	0
2	SIM	1	SIM	1	3	1
3	SIM	1	NÃO	0	0	0
4	NÃO	0	NÃO	0	1	1
5	NÃO	0	SIM	1	3	1
6	SIM	1	SIM	1	2	1
7	SIM	1	SIM	1	2	1
8	SIM	1	SIM	1	4	2
9	SIM	1	SIM	1	0	0
10	SIM	1	SIM	1	1	1
11	SIM	1	NÃO	0	0	0
12	SIM	1	NÃO	0	0	0
13	SIM	1	SIM	1	0	0
14	SIM	1	SIM	1	0	0
15	SIM	1	SIM	1	2	1
16	NÃO	0	SIM	1	2	1
17	SIM	1	SIM	1	1	1
18	NÃO	0	NÃO	0	0	0
19	SIM	1	SIM	1	4	2
20	SIM	1	SIM	1	1	1

<b>% RESPOSTAS</b>						
	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	
<b>RESULTADOS</b>						
		<b>BOM= 80%</b>		<b>BOM= 70%</b>		<b>BOM= 10%</b>
		<b>RUIM= 20%</b>		<b>RUIM= 30%</b>		<b>REGULAR= 50%</b>
						<b>RUIM= 40%</b>

<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>						
<b>INDICADOR: Educação Permanente</b>						
<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MEDIDA: 15</b>	<b>PARAMETRO 15</b>	<b>PROPOSTA PARA SUBSTITUIÇÃO MEDIDA:15</b>	<b>PROPOSTA DE SUBSTITUIÇÃO DO PARAMETRO 15</b>	<b>MEDIDA:16</b>	<b>PARAMETRO 16</b>
	<b>Percentual de Conselheiros de Saúde que receberam capacitação do Município</b>	BOM: Igual ou acima de 50%= 1	<b>Realização de Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010.</b>	BOM: SIM= 1	<b>Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores</b>	BOM: Acima de 100%= 1
		RUIM: Menos de 50%= 0		RUIM: NÃO= 0		RUIM: Menos de 100%= 0

	no ano de 2010.				do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.	
1	0	0	NÃO	0	100	1
2	29	0	SIM	1	100	1
3	0	0	NÃO	0	100	1
4	19	0	SIM	1	100	1
5	0	0	NÃO	0	100	1
6	0	0	NÃO	0	100	1
7	0	0	NÃO	0	0	0
8	0	0	NÃO	0	0	0
9	0	0	NÃO	0	100	1
10	0	0	NÃO	0	50	0
11	21	0	SIM	1	100	1
12	0	0	NÃO	0	100	1
13	0	0	NÃO	0	100	1
14	0	0	NÃO	0	100	1
15	38	0	SIM	1	100	1



16	0	0	NÃO	0	50	0
17	0	0	NÃO	0	80	0
18	0	0	NÃO	0	100	1
19	0	0	NÃO	0	100	1
20	0	0	NÃO	0	100	1
<b>% RESPOSTAS</b>						
	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	
<b>RESULTADO</b>						
		<b>BOM= 0%</b>		<b>BOM= 20%</b>		<b>BOM= 75%</b>
		<b>RUIM= 100%</b>		<b>RUIM= 80%</b>		<b>RUIM= 25%</b>

<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>						
<b>INDICADOR: Educação em Saúde</b>						
<b>UNICÍPIOS</b>	<b>MEDIDA:17</b>	<b>PARAMETRO 17</b>	<b>PROPOSTA DE SUBSTITUIÇÃO DA MEDIDA:17</b>	<b>PARAMETRO 17</b>	<b>MEDIDA:18</b>	<b>PARAMETRO 18</b>
	<b>Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação</b>	BOM: Acima de 90%= 2	<b>Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividade de educação em</b>	BOM: Acima de 90%= 2	<b>Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso</b>	BOM: SIM= 1
		REGULAR: 50% a 90%= 1		REGULAR: 50% a 90%= 1		RUIM: NÃO= 0
		RUIM: Menos de 50%= 0		RUIM: Menos de 50%= 0		

	<b>em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimento s sobre o SUS ou Determinante s de Saúde.</b>		<b>saúde e contemplaram um do temas: Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.</b>		<b>da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionament o do SUS e Determinante s de Saúde.</b>	
1	0	0			NÃO	0
2	50	1			SIM	1
3	0	0			NÃO	0
4	100	2			SIM	1
5	0	0			NÃO	0
6	33	0			SIM	1
7	0	0			SIM	1
8						
9	0	0			NÃO	0
10	50	1			SIM	1
11	100	2			SIM	1
12	20	0			SIM	1

13	33	0			SIM	1
14	50	1			SIM	1
15	100	2			SIM	1
16	0	0			NÃO	0
17	80	1			SIM	1
18	0	0			NÃO	0
19	0	0			SIM	1
20	0	0			NÃO	0
<b>% RESPOSTAS</b>						
	<b>95%</b>				<b>95%</b>	
<b>RESULTADO</b>						
		<b>BOM= 16%</b>				<b>BOM= 60%</b>
		<b>REGULAR= 21%</b>				<b>RUIM= 40%</b>
		<b>RUIM= 63%</b>				

<b>DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO</b>						
<b>INDICADOR: Monitoramento e Avaliação</b>						
<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>MEDIDA:19</b>	<b>PARAMETRO 19</b>	<b>MEDIDA:20</b>	<b>PARAMETRO 20</b>	<b>MEDIDA:21</b>	<b>PARAMETRO 21</b>
	<b>Relatório Anual de Gestão de 2010</b>	BOM: SIM = 1	<b>Adesão a instrumentos de monitoramento</b>	BOM: SIM = 1	<b>Número de Meses sem registro de informação do</b>	BOM= NENHUM= 1
		RUIM: NÃO = 0		RUIM: NÃO = 0		RUIM = ALGUM = 0

	<b>aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.</b>		<b>e avaliação (AMQ e/ou outros) no período 2010- 2011.</b>		<b>SIA e do SIAB em 2010.</b>	
1	SIM	1	SIM	1	1	0
2	SIM	1	SIM	1	2	0
3	SIM	1	NÃO	0	0	1
4	SIM	1	SIM	1	6	0
5	SIM	1	NÃO	0	0	1
6	SIM	1	SIM	1	0	1
7	SIM	1	NÃO	0	0	1
8	SIM	1	SIM	1	0	1
9	SIM	1	SIM	1	1	0
10	SIM	1	SIM	1	0	1
11	SIM	1	SIM	1	5	0
12	SIM	1	SIM	1	12	0
13	SIM	1	NÃO	0	0	1
14	SIM	1	NÃO	0	1	0
15	SIM	1	SIM	1	9	0
16	SIM	1	SIM	1	0	1
17	SIM	1	NÃO	0	0	1
18	NÃO	0	NÃO	0	1	0
19	SIM	1	SIM	1	1	0
20	SIM	1	SIM	1	0	1

<b>% RESPOSTA</b>					
	<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>
<b>RESULTADO</b>					
		<b>BOM= 95%</b>		<b>BOM: 65%</b>	<b>BOM= 50%</b>
		<b>RUIM= 5%</b>		<b>RUIM= 45%</b>	<b>RUIM= 50%</b>

## **APÊNDICE O- Convite para Oficina de Consenso – Técnica Comitê Tradicional**

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

### **Prezado Colaborador,**

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar como especialista-colaborador (a), no projeto de Dissertação de Mestrado da aluna Simone Aparecida Passos, da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado: **Modelo de avaliação da Gestão Municipal Estratégica e Participativa no SUS.**

O principal objetivo do trabalho é a elaboração e validação de um modelo de avaliação da gestão municipal no SUS sob a ótica da proposta de Gestão Estratégica e Participativa.

Após algumas etapas de consulta a especialistas colaboradores, a Matriz Avaliativa foi concluída e aplicada em 20 municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis/SC. Anexo segue a matriz original e final resultante do processo das oficinas.

A próxima etapa da pesquisa será uma discussão em oficina de consenso (online), que acontecerá no dia **31/10/11** as **17h00min** através de webconferência.

O objetivo dessa discussão será:

- Pactuar parâmetros não normatizados;
- Ajustar algumas medidas e indicadores necessários após a aplicação da matriz.

## COMO PARTICIPAR DA OFICINA

Acesse o endereço: [HTTP://webconf.rnp.br/ruteufsc2](http://webconf.rnp.br/ruteufsc2) e informe pelo ambiente virtual (via chat) qual é a webconferência que deseja participar, visto que podem estar acontecendo mais de uma webconferência simultaneamente. **É importante que o endereço seja acessado meia hora antes para fins de testes.**

### WEB CONFERÊNCIA: GESTÃO PARTICIPATIVA

Para embasar estas discussões, encaminhamos anexa a planilha contendo a Matriz Final (Dimensões, Indicadores, Medidas e Parâmetros) com o resultado da sua aplicação nos municípios; além de orientações dos itens a serem discutidos.

Agradecemos e nos colocamos a disposição através dos contatos disponibilizados abaixo.

Pesquisadora/Aluna Responsável: **Simone Aparecida Passos**

Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva/Universidade Federal de Santa Catarina

[sipassos@yahoo.com.br](mailto:sipassos@yahoo.com.br)

Tel.: (48) 8419-4351

Orientadora: **Dr<sup>a</sup> Josimari Telino Lacerda**

Professora do Departamento de Saúde Pública/Universidade Federal de Santa Catarina

[jtellino@gmail.com](mailto:jtellino@gmail.com)

Tel.: (48) 9162-4321

**APÊNDICE P – Documento orientador para ajustes da matriz na Oficina de Consenso – Técnica Comitê Tradicional.**

**DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO**

**INDICADOR: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO**

**ITEM 1- PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO DA MEDIDA 3 e RESPECTIVO PARÂMETRO:**

**MEDIDA EXISTENTE:** Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO:** Existência de conselhos locais no município.

**Justificativa:** Na aplicação do questionário observamos dificuldade na definição do que seria implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Não há normatização. Além disso, a formação de CLS transcende a atuação do gestor. Entendemos que a existência de CLS no município poderia refletir a intenção do gestor na implementação de uma Gestão Estratégica e Participativa.

**DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO**

**INDICADOR: PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO**

**ITEM 2: PROPOSTA DE RETIRADA DA MEDIDA 6:**  
“Percentual de ações propostas no Relatório da Penúltima Conferência Municipal de saúde implantadas”.

**Justificativa:** Observamos durante a coleta de dados que muitos municípios não possuem essa informação. Um dos municípios levantou os seguintes questionamentos:

- 1) A participação popular não deve ser mensurada dessa forma, até porque sabemos que muitas propostas colocadas pela conferência são inviáveis de serem implantadas.
- 2) A conferência é consultiva e não deliberativa.



- 3) Como dizer que uma proposta foi REALMENTE implantada se não há indicadores para medir?
- 4) Se for para responder a pergunta, ela vai ser na base do "achismo", sendo assim para um município a depender de quem responde, essa pergunta pode ter respostas diferentes.
- 5) Sugiro questionar se há comissão para acompanhamento das propostas da conferência.

### DIMENSÃO ARTICULAÇÃO

#### INDICADOR: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

**ITEM 3: DEFINIR PARÂMETRO PARA MEDIDA 9:**  
 “Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO”.

### DIMENSÃO ARTICULAÇÃO

#### INDICADOR: ARTICULAÇÃO EXTRASETORIAL

**ITEM 4: PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO DA MEDIDA 10:**

**MEDIDA EXISTENTE:** Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010.

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO:** Existência de Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social.

**Justificativa:** Durante a coleta de dados observamos que em municípios pequenos não há tantas subdivisões de secretarias. A Secretaria de Administração, por exemplo, contempla as secretarias de finanças e planejamento.

Dessa forma a sugestão é considerar para fins de articulação extrasetorial, a presença de qualquer secretaria municipal na composição do conselho, com exceção das secretarias de educação e assistência social, que conforme avaliação realizada anteriormente estão presente na maioria dos conselhos de saúde.

## DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

### INDICADOR: TRANSPARÊNCIA

**ITEM 5: PROPOSTA DE RETIRADA DA MEDIDA 13:** “Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras formas)”.

**Justificativa:** O Gestor ao publicar as decisões do Conselho, automaticamente contempla a publicação do Plano. Muitos municípios afirmaram publicar o Plano Municipal de Saúde, mas no site da Secretaria Estadual de Saúde. Essa ação não configura intenção de transparência do Gestor Municipal, mas sim uma normativa do Gestor Estadual.

## DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

### INDICADOR: EDUCAÇÃO PERMANENTE

**ITEM 6: PROPOSTA DE SUBSTITUIÇÃO DA MEDIDA 15:**

**MEDIDA EXISTENTE:** Percentual de Conselheiros de Saúde que receberam capacitação do Município no ano de 2010.

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO:** Realização de Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010.

**Justificativa:** A participação dos Conselheiros em Capacitação é uma ação que extrapola a ação do gestor. Entendemos que se o município realizou capacitação aos Conselheiros Municipais de Saúde, objetivou proporcionar formação para a ação.

**DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO****INDICADOR: EDUCAÇÃO EM SAÚDE****ITEM 7: PROPOSTA DE SUBSTITUIÇÃO DA MEDIDA 17:**

**MEDIDA EXISTENTE:** Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.

**PROPOSTA DE ALTERAÇÃO:** Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividade de educação em saúde e contemplaram um do temas: Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.

**Justificativa:** As atividades de educação em saúde podem não apresentavam primeira intenção de discussão dos assuntos relacionados, mas em determinados momentos contemplar esses assuntos.

**ITEM 8: PROPOSTA DE RETIRADA DA MEDIDA 18:**

Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde.

**Justificativa:** O objetivo é observar se a formação necessária a participação dos atores sociais está sendo garantida. A formação aqui discutida se dá para além da distribuição de material informativo. Priorizando ações de discussão com a comunidade, sugerimos a exclusão da medida 18.

**ITEM 9: PROPOSTA DE UNIÃO DOS INDICADORES “EDUCAÇÃO PERMANENTE” E “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”.** A intenção é formar um único indicador denominado “FORMAÇÃO”.

capacitar os atores para o processo decisório. Assim estaríamos contemplando essa intencionalidade no novo indicador denominado "FORMAÇÃO".

## **DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

### **INDICADOR: Monitoramento e Avaliação**

**ITEM 10: PROPOSTA DE RETIRADA DA MEDIDA 19:**  
Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

**Justificativa:** Em 95% dos municípios o resultado foi bom. Ou seja, os municípios já fazem essa ação e a medida não possui característica discriminatória necessária.

## **APÊNDICE Q: Resultado das questões debatidas em Oficina de Consenso – Método Comitê Tradicional via WebConferência.**

**DIMENSÃO:** Participação na Decisão

**INDICADOR1:** Espaços de Participação

Neste indicador a proposta foi discutir os parâmetros das três medidas e excluir a medida n.3 (Quadro 4). A proposta de exclusão foi sugerida devido a observação realizada durante a aplicação do questionários, no que diz respeito a dificuldade na definição do que seria implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Foi realizada pesquisa bibliográfica e não encontramos normatização oficial. Além disso, a formação de CLS transcende a atuação do gestor. Dessa forma entendemos que a existência de CLS no município poderia refletir a intenção do gestor na implementação de uma Gestão Estratégica e Participativa.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** Todos os parâmetros propostos foram aceitos. A alteração da medida 3 não foi aprovada e a proposta original foi mantida. Na opinião dos participantes a alteração melhoraria a situação de municípios de grande porte, que possuem várias unidades de saúde. Foi levantado a dificuldade de definição do conceito de Conselho Local de Saúde (CLS) e o que seria um CLS implantado. As sugestões foram no sentido de apresentar definição própria para implantação de CLS e incluir recorte no parâmetro diferenciando municípios com poucas e muitas unidades de saúde.

Como definição de CLS implantado, foi definido que para fins dessa pesquisa, será considerado implantado quando registrado no Conselho Municipal de Saúde, que é órgão oficial de tomada de decisão.

A proposta de parâmetro da medida n. 3 ficou definida como:

- Municípios com até duas unidades de saúde.  
BOM: Igual ou maior a 50%  
RUIM: Menor de 50%
- Municípios com mais de duas unidades de saúde.  
BOM: Igual ou maior a 70%  
RUIM: Menor de 70%

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
1. Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010.	BOM: (09) Nove ou mais reuniões RUIM: Menos de 9	Questão normativa Resolução 333/03 - Uma reunião mensal	BOM= 15% RUIM= 85%
2. Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Questão Normativa - PARTICIPASUS	BOM= 40% RUIM= 60%
3. Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado. 3. Existência de conselhos locais no município. <b>EXCLUIR</b>	BOM: SIM RUIM: NÃO		BOM= 40% RUIM= 60%

**DIMENSÃO:** Participação na Decisão

**INDICADOR2:** Planejamento Participativo

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros referente as três medidas e exclusão da Medida n.6 (Quadro 5). Com relação essa medida observamos durante a coleta de dados que muitos municípios (35%) não possuíam a informação solicitada. Foi considerado também que as propostas das Conferências envolvem ações de diferentes áreas e até mesmo aspectos subjetivos, que dificilmente possuem indicadores para avaliar implantação.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** Todos os parâmetros foram aceitos. A proposta de exclusão foi aceita. Esse indicador foi concluído com duas medidas.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
4. Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.	BOM: duas ou mais RUIM: Menos de 2	Para <b>apreciação</b> e <b>deliberação</b> o mínimo são duas reuniões uma de apresentação do PMS e a outra de aprovação.	BOM= 50% RUIM= 50%
5. Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO	Questão Normativa - PARTICIPASUS	BOM= 70% RUIM= 30%
6. Percentual de ações propostas no Relatório da Penúltima Conferência Municipal de saúde implantadas. <b>EXCLUIR</b>			



**DIMENSÃO:** Articulação

**INDICADOR3:** Articulação Intrasetorial

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para as três medidas (Quadro 6). No parâmetro da medida n.7, foi levantado o que mais representaria articulação: Número de horas de reuniões ou frequência das reuniões.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:**

- Ao texto da medida n.7 foi sugerido acrescentar “no primeiro semestre de 2011”. O parâmetro pactuado foi: 100% = Bom; e < de 100% = Ruim. A justificativa para o parâmetro permaneceu, valorizando a frequência das reuniões.
- Na medida n. 8 foi sugerido acrescentar na justificativa do parâmetro que a LDB normatiza como bom aproveitamento 75% de frequência. O parâmetro sugerido foi aceito.
- A pactuação do parâmetro da medida n. 9 foi: Acima de 80%=BOM; Entre 50% e 80%=REGULAR; Menos de 50%=RUIM.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTAD O
7. Percentual de Unidades de Saúde que realizam reuniões semanais de equipe.	BOM: $\geq$ quartil 3=100% REGULAR: 16,6% a 99% RUIM: $\leq$ quartil 1=16,6%  BOM: 100% RUIM: < 100%	A reunião semanal das ESF é uma normativa da Política Nacional de Atenção Básica e atende ao aspecto articulação interna apontado na PARTICIPASUS	BOM= 35% REG.=40% RUIM=25%  BOM= 35% RUIM= 65%
8. Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.	BOM: Igual ou maior de 75% RUIM: Menos de 75%	Segundo o MEC um bom aproveitamento das discussões ocorrem quando se alcança no mínimo 75% de frequência.	BOM= 35% RUIM= 65%
9. Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO.	Quartil 1=41,2% Quartil 3 = 55,5% LI=28,6%, LS=83,3%  BOM: Acima de 80% REGULAR: 50% a 80% RUIM: Menos de 50%	As metas do SISPACTO representam <b>proposições dos municípios</b> de alcance de alguns objetivos com base nas metas estaduais e <b>metas próprias atingidas</b> anteriormente. Neste contexto sugerimos BOM para 80% de alcance dessas metas.	BOM= 5% REG.=50% RUIM=45%

**DIMENSÃO:** Articulação

**INDICADOR4:** Articulação Extrasetorial

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para as duas medidas e sugerir alteração na medida n. 10 (Quadro 7), pois no momento da análise dos dados foi observado que em municípios pequenos não há tantas subdivisões de secretarias. A Secretaria de Administração, por exemplo, contempla as Secretarias de Finanças e Planejamento.

RESULTADO DA PACTUAÇÃO: A alteração foi aceita, assim como as propostas de parâmetros para as medidas.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
<b>10.</b> Existência de Representação de uma das Secretarias Municipais: Obras, Finanças, Planejamento ou Esportes, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010.	BOM: SIM RUIM: NÃO		BOM= 20% RUIM= 80%
<b>10.</b> Existência de Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social. <b>(SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO)</b>			BOM= 45% RUIM= 55%
<b>11.</b> Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO		BOM= 55% RUIM= 45%

**DIMENSÃO:** Informação e Comunicação

**INDICADOR5:** Transparência

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para duas medidas e excluir a medida n. 13 (Quadro 8). Entende-se que ao publicar as deliberações do conselho (Medida 12), automaticamente está contemplada a publicação do Plano Municipal de Saúde. Além disso, muitos municípios afirmaram publicar o Plano Municipal de Saúde, mas no site da Secretaria Estadual de Saúde. Essa ação não configura intenção de transparência do Gestor Municipal, mas sim uma normativa do Gestor Estadual. Não foi proposto nenhuma alteração no texto da medida para que essa interpretação não ocorra em nova aplicação.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** A proposta de exclusão não foi aceita pelo grupo, justificando-se que a deliberação da aprovação do plano é publicada, mas o teor do PMS não. A importância da publicação do PMS para a Gestão Participativa também foi apontada pelos colaboradores. As demais sugestões foram aceitas e o indicador permaneceu com três medidas.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
12. Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público, (site, blog, boletins, Jornal, TV, ou outras formas), no ano de 2010.	BOM=SIM RUIM=NÃO	Questão normativa - Participasus	BOM= 80% RUIM= 20%
13. Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras formas). <b>EXCLUIR</b>	BOM=SIM RUIM=NÃO	Questão normativa - Participasus	BOM= 70% RUIM= 30%
14. Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.	BOM: quatro ou mais. REGULAR: Até três. RUIM: Nenhuma.	JUSTIFICATIVA: A LEI 8689/93, reforçada pela LEI 12.438/11, normatiza que os Gestores do SUS devem realizar trimestralmente prestação de contas aos Conselhos de Saúde e Câmara de Vereadores.	BOM= 10% REG.=50% RUIM=40%

**DIMENSÃO:** Informação e Comunicação

**INDICADOR5:** Educação Permanente

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para duas medidas e alteração da medida n.15(Quadro 9). A alteração foi sugerida devido o entendimento de que a participação dos conselheiros em capacitações é uma ação que extrapola a ação do gestor. Assim entende-se que se o município realizou capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde, objetivou proporcionar formação para a ação.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** A proposta de alteração da medida n. 15 foi aceita. Com relação ao parâmetro dessa medida foi sugerido observar o SISPACTO no que diz respeito a essa ação. O SISPACTO mede o percentual de Conselheiros Capacitados, sendo a meta 100%, medida não representativa para o objetivo dessa pesquisa. Foi aceito o parâmetro proposto para essa medida. A proposta de parâmetro para a medida n. 16 também foi aceita.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
<p>15. Percentual de Conselheiros de Saúde que receberam capacitação do Município no ano de 2010.</p> <p>15. Realização de Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010. <b>(PROPOSTA DE ALTERAÇÃO)</b></p>	<p>BOM= &gt;=50% RUIM= &lt;50%</p> <p>BOM: SIM RUIM: NÃO</p>		<p>BOM: 0% RUIM: 100%</p> <p>BOM: 20% RUIM 80%</p>
<p>16. Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.</p>	<p>BOM=100% RUIM=&lt;100%</p>		<p>BOM: 75% RUIM: 25%</p>

**DIMENSÃO:** Informação e Comunicação

**INDICADOR5:** Educação em Saúde

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para duas medidas e exclusão da medida n.17 (Quadro 10). A sugestão de exclusão é resultado do entendimento de que o objetivo desse indicador é observar se a formação necessária a participação dos atores sociais está sendo garantida. A formação aqui discutida se dá para além da distribuição de material informativo. Ações de discussão com a comunidade já foram contempladas na medida 17.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** A proposta de exclusão da medida não foi aceita, considerando que os materiais informativos são boas formas de introduzir uma discussão. Foi sugerido acrescentar à redação da medida de outros temas como: Vigilância em Saúde e Direito à Saúde. As propostas de parâmetros foram aceitas.



MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
<p>17. Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS ou Determinantes de Saúde.</p>	<p>BOM: 50% e + RUIM: &lt; 50%</p> <p>LI=0%, LS=100% Quartil 1=0% Quartil 3 = 50%</p>		<p>BOM= 37% RUIM= 63%</p>
<p>18. Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e funcionamento do SUS e Determinantes de Saúde. <b>EXCLUIR</b></p>	<p>BOM: SIM RUIM: NÃO</p>		<p>BOM= 55% RUIM= 45%</p>

**DIMENSÃO:** Informação e Comunicação

**INDICADORES:** Monitoramento e Avaliação

A proposta para esse indicador foi discutir parâmetros para duas medidas e exclusão da medida n.19 (Quadro 11). A sugestão de exclusão foi sugerida, pois 95% dos municípios responderam que já atendem essa medida, ou seja, é uma medida não discriminatória.

**RESULTADO DA PACTUAÇÃO:** A proposta de exclusão da medida não foi aceita. Foi considerado a publicação da Nota Técnica n. 05 de junho/2011 do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP), órgão do Ministério da Saúde que demonstra que a realidade nacional não apresenta esse perfil.

Os demais parâmetros foram aceitos.

MEDIDAS	PARÂMETRO	JUSTIFICATIVA	RESULTADO
19. Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. <b>EXCLUIR</b>	BOM: SIM RUIM: NÃO		BOM= 95% RUIM= 05%
20. Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação (AMQ e/ou outros) no período 2010-2011.	BOM: SIM RUIM: NÃO		BOM= 65% RUIM= 35%
21. Número de Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.	BOM:NENHUM RUIM: ALGUM		BOM= 50% RUIM= 50%

**APÊNDICE R: Indicação de reestruturação do questionário pós Ajuste da Matriz.**

<b>QUESTÃO</b>	
7, 11, 12, 13, 14, 15, 22	Excluir - Questões que não acrescentam informação a medida
23, 24, 43	Excluir – Questões vinculadas a medidas excluídas ou com alteração de texto em oficina de consenso.
16	Acrescentar a definição de CLS a seguinte redação: “...,aprovados em Resolução do respectivo Conselho Municipal de Saúde”.
20	Alterar a ordem da questão para a número18.
22, 41	Retirar opções de resposta.
29	Alterar redação para: Indique qual (is) Secretaria (s) Municipais têm representação na composição do Conselho Municipal de Saúde.
30	Excluir em função da alteração da questão 29.

**APÊNDICE S: Matriz Final: Dimensões, Indicadores, Medidas e Rationales****DIMENSÃO PARTICIPAÇÃO NA DECISÃO**

**A Gestão Estratégica e Participativa no SUS pressupõe a inclusão de vários atores, diferentes interesses e necessidades no processo de gestão. Pressupõe a democratização, através da valorização dos diferentes mecanismos de participação com ampliação de espaços de escuta da sociedade, articulando-os com a formulação de políticas (BRASIL, 2009a). As políticas, que devem atender às necessidades de saúde, são mais bem identificadas nos locais onde elas se apresentam. Portanto a identificação e priorização dos problemas de saúde deve se dar através de um planejamento participativo.**

**INDICADOR: Espaços de Participação**

**A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa aponta que a participação no planejamento e avaliação da política de saúde deve se dar de forma sistemática e frequente. Além disso, há necessidade de ampliação e distribuição de espaços além dos legalmente institucionalizados (Conselhos de saúde e Conferências) que permitam a participação de diferentes atores, setores e forças sociais na discussão da política de saúde,**

**Os espaços de participação democráticos afirmam o protagonismo dos atores sociais e propiciam a construção de saberes, o diálogo e a pactuação das diferenças, promovendo a inclusão social, o controle social e a equidade em saúde.**

**Espaços aqui são entendidos como momentos coletivos externos ou internos a instituição, oficialmente institucionalizados ou registrados com os objetivos de: discutir sobre a política de saúde local, planejamento, avaliação, prestação de contas ou informações, discussão de assuntos específicos ou simplesmente ouvir o que o outro tem a dizer.**

<b>03 Medidas</b>	
• Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde realizada entre os meses de março a novembro de 2010.	BOM: (09) Nove ou mais reuniões RUIM: Menos de 9
• Existência de Ouvidoria ou outro instrumento de sugestão, elogio ou reclamação para fins de escuta permanente de usuários e profissionais.	BOM: SIM RUIM: NÃO
• Percentual de Unidades Básicas de Saúde com Conselho Local de Saúde implantado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Municípios com até duas unidades de saúde.</b> BOM: Igual ou maior a 50% RUIM: Menor de 50%</li> <li>• <b>Municípios com mais de duas unidades de saúde.</b> BOM: Igual ou maior a 70% RUIM: Menor de 70%</li> </ul>
<p><b>INDICADOR: Planejamento Participativo</b></p> <p>Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa é uma atribuição do Gestor Municipal, garantir a participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários na formulação, no gerenciamento, na implementação e avaliação do processo permanente de planejamento participativo, construindo nesse processo o plano municipal de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde. O Planejamento ascendente e participativo proporciona a inclusão de diferentes atores na discussão e eleição de prioridades de acordo com a necessidade de cada realidade, como também a vinculação dos instrumentos de gestão do SUS, com os instrumentos de gestão governamental. Essas ações propiciam a percepção da variabilidade de características epidemiológicas, sociais e culturais de cada território, auxiliando no estabelecimento da organização e operacionalização de serviços para o desenvolvimento da atenção.</p>	

<b>02 Medidas</b>	
• Número de Reuniões do Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação do PMS vigente.	BOM: duas ou mais RUIM: Menos de 2
• Plano Municipal de Saúde vigente discutido com técnicos das Unidades de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO
<p><b>DIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b></p> <p><b>Uma gestão estratégica e participativa deve promover articulação com atores e setores de diferentes instâncias sociais, técnicas e políticas, relacionadas no território de sua competência, a fim de formar uma unidade na produção de saúde e integração de ações no mesmo sentido. A necessidade de articular e interagir com outros setores se dá pela determinação social do processo saúde-doença, onde a resolubilidade e garantia de saúde extrapola os limites do setor.</b></p>	
<p><b>INDICADOR: Articulação Intrasetorial</b></p> <p><b>Esse indicador pretende observar a dinâmica da Secretaria de Saúde no que compreende as ações de relacionar-se com atores internos e externos vinculados ao setor saúde. Esta ação diz respeito à interação do gestor no espaço interno da secretaria com diferentes atores (Técnicos, comunidade e Conselho Municipal de Saúde) e desses entre si; como também com diferentes setores e instituições externos a secretaria de saúde, mas vinculados ao setor saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, outras Secretarias de Saúde e instituições não governamentais). Promove além da formação de uma unidade na produção de saúde e integração das ações, a percepção das necessidades de saúde e das questões legais e técnico-operacionais, necessária a sua garantia.</b></p>	

<b>03 Medidas</b>	
• Percentual de Unidades de Saúde que realizaram reuniões semanais de equipe no primeiro semestre de 2011.	BOM: 100% REGULAR: 50% a 99,9% RUIM: < 50%
• Percentual de Participação do Município no Colegiado de Gestão Regional no ano de 2010.	BOM: Igual ou maior de 75% RUIM: Menos de 75%
• Desempenho no ano de 2010 do cumprimento de metas do SISPACTO.	BOM: Acima de 80% REGULAR: 50% a 80% RUIM: Menos de 50%
<b>INDICADOR: Articulação Extrasetorial</b>	
<p><b>Para garantir articulação a gestão municipal de saúde deve relacionar-se também com órgãos fora do setor saúde, vinculados a esfera governamental e não governamental. Essa ação propicia a integração de ações.</b></p> <p><b>Neste campo interessa articulação com as outras secretarias do governo municipal, poder legislativo e judiciário e demais instituições vinculadas ao processo saúde-doença.</b></p>	
<b>02 Medidas</b>	
• Existência de Representação de outras Secretarias Municipais, na composição do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2010, com exceção das Secretarias de Educação e Assistência Social.	BOM: SIM RUIM: NÃO

• Previsão no último Plano Municipal de Saúde de ações em conjunto com instituições/órgãos fora do setor Saúde.

BOM: SIM  
RUIM: NÃO

### **DIMENSÃO INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

**Apesar de fazer parte das reivindicações do Sistema Único de Saúde, a democratização da informação e a qualificação da comunicação em saúde ainda são desafios nos processos de gestão. A informação e a comunicação são bases para iniciar qualquer discussão, pois proporcionam o empoderamento e mobilização dos atores sociais e qualificam a tomada de decisão. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) é de fundamental importância a implementação de alternativas eficientes que divulgue e debata as informações, qualificando a participação, a decisão e conseqüentemente a gestão. A Transparência; Educação Permanente, Educação em Saúde e Monitoramento e Avaliação foram elementos eleitos como propulsores de tais objetivos.**

**INDICADOR: Transparência**



**A transparência tornou-se uma questão legal e moral, explicitada na maioria das novas regulamentações do Serviço Público de Saúde no Brasil.**

**As ações de transparência nos processos de gestão indicam a intenção do gestor em implementar uma gestão participativa, democratizando a informação e qualificando os processos de comunicação.**

**A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa orienta que, por ser uma política pública, torna-se necessário aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão, favorecendo o acesso e a transparência na gestão da saúde. O acesso às informações possibilita aos atores e grupos sociais acompanhar o gerenciamento das ações e uso do recurso público.**

### **03 Medidas**

• Deliberações do Conselho Municipal de Saúde, publicadas em instrumentos de comunicação de acesso público, (site, blog, boletins, Jornal, TV, ou outras formas), no ano de 2010.

BOM=SIM  
RUIM=NÃO

• Disponibilização do último Plano Municipal de Saúde em instrumentos de comunicação de acesso público (site, blog, boletins, jornal, TV, ou outras formas).

BOM=SIM  
RUIM=NÃO

• Número de Audiências Públicas realizadas em 2010 para prestação de contas/relatórios das Ações de Saúde.

BOM: quatro ou mais.  
REGULAR: Até três.  
RUIM: Nenhuma.

### INDICADOR: Educação Permanente

**A educação permanente é entendida como um processo contínuo que gera informação e comunicação através de processos pedagógicos voltados aos atores sociais implicados no processo saúde-doença. Contribui para o desenvolvimento da ação do sujeito social, propiciando maior conhecimento no setor saúde e consequentemente ampliando a qualidade participativa.**

**Na medida em que gera conhecimento e informação e qualifica a comunicação, a Educação permanente também propicia o empoderamento dos atores para a participação em espaços coletivos de decisão, fomentando o protagonismo na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde. Segundo a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa cabe ao Gestor propiciar e incentivar ações neste sentido.**

#### 04 Medidas

• Realização de Capacitação para Conselheiro Municipal de Saúde no ano de 2010.	BOM: SIM RUIM: NÃO
• Percentual de Unidades de Saúde em que a gestão realizou reuniões para discutir os indicadores do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e/ou do Pacto pela Saúde em 2010.	BOM=100% RUIM=<100%
• Percentual de Unidades de Saúde que em 2010 desenvolveram atividades de educação em saúde com a comunidade para discutir assuntos sobre Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.	BOM: 50% e + RUIM: < 50%
• Existência nas unidades de saúde de material educativo ou informativo de fácil acesso da população abordando os temas: Participação Social, Legislação e conhecimentos sobre o SUS, Vigilância em Saúde, Direito a Saúde e Determinantes de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO

### INDICADOR: Monitoramento e Avaliação

Os estados e municípios possuem autonomia para implementar a política pública de saúde de acordo com sua realidade. A preocupação principal da gestão do SUS deve ser alcançar resultados em saúde que melhorem a qualidade de vida da população. A crescente complexidade do SUS impõe a necessidade de realização de processos de monitoramento e avaliação dessa política. Dessa forma, cabe a gestão implantar formas de acompanhamento e avaliação da política pública de saúde, que sirvam como instrumentos auxiliares nas discussões, internas ou externas a instituição, sobre o processo da prestação de serviço, qualificando a decisão e a informação aos atores sociais.

#### 03 Medidas

• Relatório Anual de Gestão de 2010 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.	BOM: SIM RUIM: NÃO
• Adesão a instrumentos de monitoramento e avaliação (AMQ ou outros) no período 2010-2011.	BOM: SIM RUIM: NÃO
• Número de Meses sem registro de informação do SIA e do SIAB em 2010.	BOM: NENHUM RUIM: ALGUM

## ANEXO

### ANEXO A: **Instruções da Revista Cadernos de Saúde pública para submissão de artigos.**

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

#### 1. **CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

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

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

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

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

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

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

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

#### 2. **Normas para envio de artigos**

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no

processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

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

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

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

### **3. Publicação de ensaios clínicos**

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

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

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

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

### **4. Fontes de financiamento**

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

**4.2** - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de

financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

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

## 5. **Conflito de interesses**

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

## 6. **Colaboradores**

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

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

## 7. **Agradecimentos**

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

## 8. **Referências**

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

Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

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

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

## 9. **Nomenclatura**

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

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

**10.1** - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 12. Envio do artigo

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

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

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

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

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

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

**12.7** - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos

detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

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

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

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

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

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

**12.23 -** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

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

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

**12.26 - *Formato vetorial.*** O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros

elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

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

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

**13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

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

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

**14. Envio de novas versões do artigo**

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

**15. Prova de prelo**

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

**15.2** - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ( [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.