

Especialização Multiprofissional na  
**Atenção Básica**



Eixo II - O Trabalho na Atenção Básica

Gestão e Avaliação  
na Atenção Básica



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa** Jamil Assereuy Filho

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**Chefe do Departamento** Antonio Fernando Boing

**Subchefe do Departamento** Lúcio José Botelho

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

## AUTORES 1ª EDIÇÃO

Maria Cristina Marino Calvo

Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Selma Regina de Andrade

## 2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Maria Cristina Marino Calvo

Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Selma Regina de Andrade

## REVISOR

Sérgio Fernando Torres de Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# Gestão e Avaliação na Atenção Básica

Versão adaptada do curso de  
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

**Eixo II**  
O Trabalho na Atenção Básica

Florianópolis  
UFSC  
2013

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br).

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

---

U588g Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.  
Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica.

Gestão e avaliação na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Maria Cristina Marino Calvo; Flávio Ricardo Liberali Magajewski; Selma Regina de Andrade. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

94 p. (Eixo 2 – O trabalho na Atenção Básica).

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Gestão Local em Saúde. – Gestão do Sistema Municipal de Saúde. – Avaliação em Sistemas Locais de Saúde.

ISBN: 978-85-61682-86-6

1. Gestão em saúde. 2. Sistemas locais de saúde. 3. Avaliação em saúde. I. UFSC. II. Calvo, Maria Cristina Marino. III. Magajewski, Flávio Ricardo Liberali. IV. Andrade, Selma Regina. V. Título. VI. Série.

CDU: 614:35

---

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe:** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Produção:** Giovana Schuelter

**Design Instrucional:** Agnes Sanfelici

**Revisão Textual:** Isabel Maria Barreiros Luclktenberg, Flávia Goulart

**Design Gráfico:** Maraysa Alves

**Ilustrações:** Maraysa Alves

**Design de Capa:** Rafaella Volkmann Paschoal

# SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 GESTÃO LOCAL EM SAÚDE.....</b>	<b>11</b>
1.1 Organização dos sistemas locais de saúde.....	11
1.2 Gestão local das atividades primárias.....	14
1.3 Gestão local das atividades de apoio.....	16
1.3.1 Estrutura física.....	17
1.3.2 Instrumentos de organização e de gestão da Atenção Básica.....	18
1.3.3 Gestão de informações.....	20
1.3.4 Gestão do conhecimento.....	22
1.3.5 Gestão de materiais.....	24
1.3.6 Gestão do trabalho na Atenção Básica.....	25
1.3.7 Gestão por resultados de serviços, equipes e profissionais.....	27
1.4 Controle social e ações intersetoriais no sistema local de saúde.....	29
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>UNIDADE 2 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>35</b>
2.1 Planejamento e gestão governamental.....	40
2.1.1 Orçamento público.....	41
2.1.2 Os instrumentos de gestão do SUS.....	44
2.2 A gestão financeira da política de saúde.....	47
2.2.1 Fundo Municipal de Saúde.....	48
2.2.2 Transferência fundo a fundo.....	50
2.2.3 A Emenda Constitucional nº 29.....	51
2.3 Gestão do acesso regionalizado aos serviços de média e alta complexidade....	52
2.3.1 O Plano Diretor de Regionalização.....	54
2.3.2 O Plano Diretor de Investimento.....	55
2.3.3 A Programação Pactuada e Integrada.....	55
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>UNIDADE 3 AVALIAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>63</b>
3.1 Avaliação em saúde.....	64
3.2 Tipos da avaliação.....	67
3.3 Técnicas e instrumentos para avaliação.....	73
3.4 AMQ, AMAQ, PMAQ, IDSUS.....	76
3.4.1 AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.....	76
3.4.2 AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	79
3.4.3 IDSUS – Índice de Desempenho do SUS.....	82
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>SÍNTESE DO MÓDULO.....</b>	<b>87</b>
<b>AUTORES.....</b>	<b>88</b>

# APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Este módulo complementa os conteúdos trabalhados anteriormente, avançando para as questões de organização e gestão da unidade e do sistema municipal de saúde. Aqui discutimos os instrumentos de gestão e os processos de avaliação previstos para garantir que as ações e os serviços de saúde atendam aos preceitos constitucionais e aos padrões de qualidade adequados para garantir saúde à população.

Na primeira unidade deste módulo, são apresentadas a organização e a gestão local em saúde, discutindo a organização dos sistemas locais de saúde, a gestão em saúde no cotidiano das unidades básicas e o controle social e as ações intersetoriais no sistema local de saúde. É o momento de discutir práticas de apoio à gestão e decisões sob sua responsabilidade no exercício de suas atividades.

A segunda unidade aborda alguns aspectos do planejamento e da gestão do sistema municipal de saúde, destacando as principais atividades desenvolvidas pelo gestor municipal. São discutidos o processo de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde, a gestão orçamentário-financeira do sistema municipal de saúde e a gestão do acesso regionalizado aos serviços de saúde de média e alta complexidade (MAC). Você terá oportunidade de compreender as relações de sua unidade de saúde com as demais unidades do seu município, e sua inserção na rede regionalizada de saúde.

A terceira unidade trata dos conceitos e das práticas de avaliação. A avaliação é uma ação inerente à gestão em saúde e indissociável dela. São apresentados conceitos, tipos e experiências de avaliação em saúde para subsidiar suas iniciativas de aperfeiçoamento da prática em saúde.

## **Ementa**

Organização e gestão dos serviços de saúde. Gestão do sistema de saúde. Abordagens e usos de avaliação como instrumento de apoio ao processo decisório.

## **Objetivos**

- Conhecer e aplicar conceitos e processos relacionados à gestão em saúde, suas operações de funcionamento e de trabalho em equipe no cotidiano das unidades locais e da Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Compreender a gestão do sistema municipal de saúde em suas atividades mais relevantes.
- Aproximar-se dos conceitos e das técnicas de avaliação em saúde.

**Carga horária: 30h**

## **Unidades de Conteúdo**

Unidade 1: Gestão Local em Saúde

Unidade 2: Gestão do Sistema Municipal de Saúde

Unidade 3: Avaliação em Sistemas Locais de Saúde

# PALAVRAS DOS PROFESSORES

Caro(a) aluno(a), seja bem-vindo(a) a este módulo!

O conteúdo trabalhado aqui vai permitir que você investigue e aprenda sobre gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família. Uma característica importante do curso que você está fazendo é justamente a possibilidade de fazer constantes associações do que estuda com a sua realidade de trabalho. E essa é uma condição essencial para que você aprenda e ensine a partir da sua prática.

Em relação aos aspectos de gestão e avaliação, você vai desenvolver competências importantes para aprimorar seu papel nas equipes de saúde, incluindo e aperfeiçoando ações que complementam a prática assistencial e que são muito importantes para o avanço necessário no sistema de saúde.

Os textos apresentados foram especialmente desenvolvidos para o Curso, e nós dedicamos muito tempo para que ele fosse ao mesmo tempo completo e acessível. O assunto desenvolvido não é apresentado cotidianamente para você e, por isso, pode parecer complicado no começo. Mas não desista! Você verá que, seguindo as leituras indicadas e participando das atividades propostas, ficará muito mais familiarizado com esse tema, cada vez mais requisitado aos integrantes da equipe de saúde.

Atente-se a cada assunto e empenhe-se para que seu processo de aprendizagem agregue conhecimentos úteis para qualificar os processos em sua trajetória de trabalho!

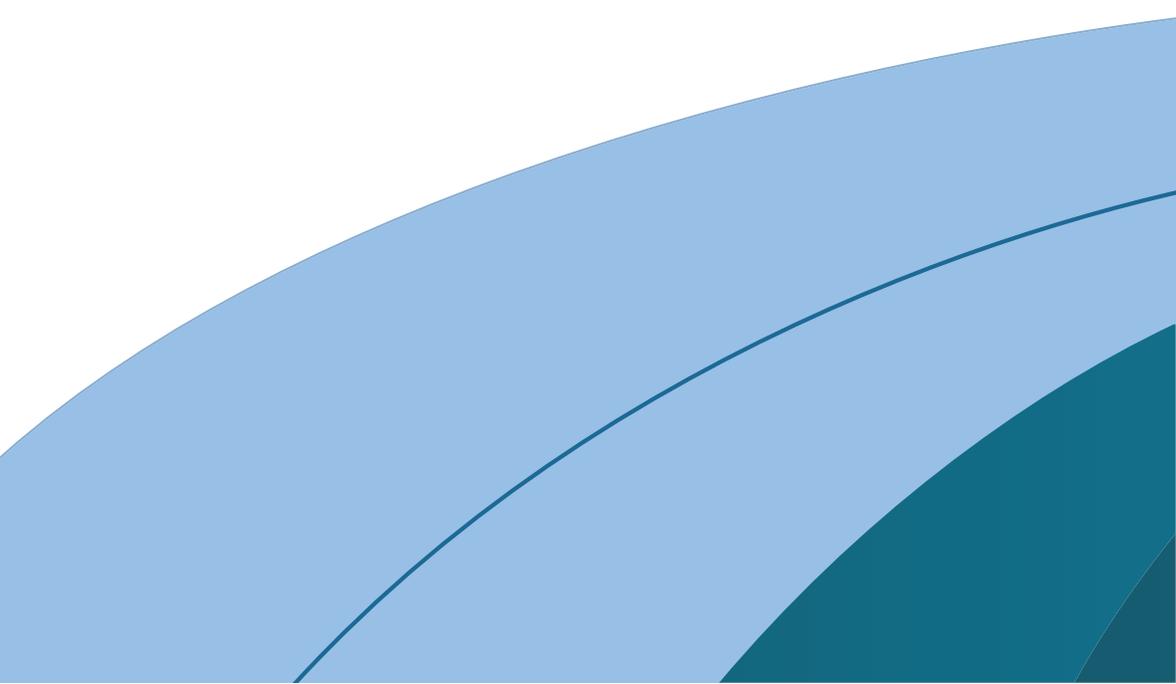
Bons estudos!

Maria Cristina Marino Calvo  
Flávio Ricardo Liberali Magajewski  
Selma Regina de Andrade



Gestão e Avaliação na Atenção Básica

# Unidade 1



# 1 GESTÃO LOCAL EM SAÚDE

A gestão em saúde é parte indissociável das práticas e da atenção em saúde e compreende um conjunto de processos administrativos e gerenciais essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão em determinada abrangência. No âmbito local, as práticas de gestão estão permeadas pelo próprio processo de cuidado e pela interlocução com os usuários, as famílias e a comunidade.

Nos conteúdos trabalhados anteriormente, você teve oportunidade de estudar e discutir os processos de trabalho e as ações de planejamento essenciais ao bom desempenho das atividades das equipes de saúde. Os aspectos já vistos são muito importantes para que profissionais e usuários estejam em sintonia quanto ao que esperam das ações e dos serviços de saúde: bom atendimento das necessidades, promoção de saúde e redução de riscos.

Porém, muitas das ações previstas não dependem apenas dos profissionais das equipes de saúde da família e do NASF. A organização e a gestão local interferem bastante na execução das ações de saúde, e muitas questões a elas vinculadas não dependem apenas da equipe de saúde. Nesta unidade, vamos discutir os seguintes aspectos da gestão local: a) organização dos sistemas locais de saúde; b) gestão local das atividades primárias; c) gestão local das atividades de apoio; e d) controle social e ações intersetoriais no sistema local de saúde.

## 1.1 Organização dos sistemas locais de saúde

A sua prática em saúde e os módulos anteriores do Curso já devem ter oferecido condições de perceber que os sistemas locais de saúde compreendem um conjunto de processos, organismos e atores sociais envolvidos na concretização e na consolidação da Atenção Básica em Saúde.

As ações de caráter individual ou coletivo desenvolvidas na Atenção Básica têm como objetivo a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, tanto quanto o tratamento e a reabilitação dos problemas de saúde exequíveis nesse nível de atenção ou por meio do suporte operacional dos demais níveis de complexidade do sistema. Desde 2006, o Sistema Único de Saúde orienta suas ações pelos termos do Pacto pela Saúde, visando ao fortalecimento da responsabilidade sanitária dos três níveis de gestão e à organização do sistema em bases mais solidárias (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza esse nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Na PNAB, a ESF é o eixo norteador da organização desse nível de atenção e base para a organização e a coordenação de todo o sistema de saúde, visto que é no território onde cada cidadão e sua família vivem, e onde se reproduzem as condições de vida e saúde (BRASIL, 2006b). As equipes de NASF são constituídas para dar apoio às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, de maneira a garantir a integralidade e a resolutividade das ações.

---

As ações de Atenção Básica em Saúde devem ser desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, educativas e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A organização dos sistemas e dos serviços locais de saúde para o desenvolvimento das práticas de saúde inicia-se, portanto, com a definição territorial (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

---

A delimitação do território, observando a dinamicidade populacional existente no lugar em que a unidade de saúde se instala, é etapa fundamental para a organização local. A territorialização permite reconhecer o espaço, o contexto e a população para os quais serão orientadas as ações de saúde. Constitui-se uma das ferramentas necessárias à consecução do planejamento local em saúde por oferecer elementos para a compreensão das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Cada território possui peculiaridades que dizem respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais. Assim, as estratégias para a melhor condução do sistema local terão que se adequar, necessariamente, a essas peculiaridades, visto que não existe um padrão único e imutável de gestão.

O estabelecimento da base territorial é um passo básico para o dimensionamento do impacto do sistema local sobre os níveis de saúde da população adstrita. A base territorial deve ser detalhada chegando ao domicílio, identificando famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, seja no olhar dos agentes comunitários de saúde (ACS), nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade.

As Equipes de Saúde da Família atuam no território realizando mapeamento da área de abrangência, cadastramento populacional e domiciliar, diagnóstico situacional, a partir dos quais realizam o planejamento e priorizam ações voltadas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atuam. As referidas ações visam ao cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, por meio de uma postura proativa diante dos problemas de saúde-doença identificados.

Na definição do território ou da área de abrangência, as equipes também necessitam levar em consideração as especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, de povos da floresta e presidiários, entre outras (FERNANDEZ; MENDES, 2007).



---

## Na Prática

O conceito de território ultrapassa o sentido espaço temporal para abrigar a ideia de ordenação político-social e dos serviços de saúde. Retome o diagnóstico local que você realizou para discutir na perspectiva da gestão local da unidade de saúde. No seu território existe algum grupo populacional com especificidades definidas nas propostas de incentivo diferenciadas na ESF e no NASF? Que ações foram planejadas para essas populações?

---

O trabalho em base territorial é processual, construído na articulação entre diferentes atividades de natureza primária, seja mediante visitas domiciliares e vínculos com os familiares, seja pelo estabelecimento de parcerias com entidades e instituições sediadas nesse mesmo território. O processo de territorialização não se encerra na capacidade de oferecer ações adequadas às necessidades de saúde da população e firmar laços comunitários. Ele avança também na perspectiva de promover o exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, das famílias e da comunidade. Além disso, a integração de ações programadas, o atendimento à demanda espontânea e a articulação dessas ações com outros níveis de complexidade do sistema implicam o estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial mais ampliada.

Como você pode perceber, a gestão local está intimamente vinculada aos conceitos de processo de trabalho e de planejamento local em saúde, não havendo causa e consequência, mas uma forte relação de interdependência entre atores e conceitos envolvidos. Da mesma forma, as relações entre ações locais e ações de outros níveis de complexidade definem um novo conceito de organização: a rede de serviços de saúde.

A gestão local em saúde trata de perto dos processos relacionados ao cotidiano das unidades locais, sejam internos, associados às operações de funcionamento e trabalho em equipe, sejam externos, ligados ao ambiente e ao contexto socioepidemiológico aos quais as ações são orientadas. Também existem as ações que exigem articulação estruturada com a sociedade e com outros setores institucionais.

O processo de trabalho na Atenção Básica tem alguns objetivos legalmente previstos, quais sejam, promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, desenvolvidos em âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006b).

As atividades diretamente relacionadas a esses objetivos são denominadas atividades primárias, que contam com a presença do usuário para o desenvolvimento da ação. As abordagens podem ser de natureza individual, coletiva ou comunitária, como, por exemplo, acolhimento, atendimento individual, atividades coletivas, atenção domiciliar, vigilância local em saúde.

As atividades que se relacionam de forma indireta a tais objetivos, mas dão suporte ao eixo primário de atuação, são denominadas atividades de apoio, abrangendo infraestrutura e instrumentos de organização e gestão, incluindo gestão de informações, do conhecimento, de pessoas, de materiais e de resultados (SHIGUNOV NETO; TEIXEIRA; CAMPOS, 2005).

## 1.2 Gestão local das atividades primárias

O planejamento e a gestão das atividades primárias na Atenção Básica iniciam-se com a análise situacional para identificar os problemas e definir as medidas a serem adotadas no território de abrangência.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família e do NASF são orientadas pelo diagnóstico local e por diretrizes e parâmetros estabelecidos em programas prioritários do Ministério da Saúde. Algumas programações são relacionadas ao ciclo vital (atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso) e outras a condições de saúde (pré-natal, parto e puerpério; controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes etc.) ou ações preventivas (imunização, suplementação de ferro), dentre outras (BRASIL, 2006b).

No desenvolvimento de atividades denominadas primárias, as Equipes de Saúde da Família e o NASF buscam efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber, integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; e tratamento, reabilitação e coordenação do cuidado na rede de serviços.

O **acolhimento** é entendido como expressão de escuta qualificada, de uma relação cidadã e humanizada. A organização do acolhimento deve promover a ampliação efetiva do acesso à Atenção Básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas e organizando o atendimento com base em riscos ou vulnerabilidade priorizados. Os serviços devem estar adequados ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade.

As políticas nacionais de Atenção Básica e de Humanização reforçam um conjunto de ações envolvido no atendimento centrado na pessoa, propondo a qualificação da atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação. Para tanto, as atividades englobam estratégias diversas, tais como marcar retornos periódicos, agendar visita domiciliar, solicitar apoio de outros profissionais, proporcionar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado. O foco centra-se no estímulo às práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde. Esse foco permite racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, e o descarte de ações intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2006b).

No atendimento cotidiano da demanda, as Equipes de Saúde da Família precisam alertar-se para o atendimento das pessoas que merecem atenção especial, quanto a maior risco ou vulnerabilidade, como, por exemplo, pessoas em situação ou risco de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais, entre outros, e não simplesmente por ordem de chegada.

O desenvolvimento de **atividades coletivas** ou atenção voltada a grupos tem o propósito de atender coletivamente usuários com os mesmos interesses e/ou perfil. A organização de grupos específicos busca fomentar a troca de informações e conhecimentos dentro e fora da unidade local para expandir o raio de atuação das Equipes de Saúde da Família junto às demandas da comunidade. O desenvolvimento de ações educativas e a coordenação de grupos específicos de indivíduos e famílias integram o conjunto de atividades primárias da Equipe de Saúde da Família. Tem a finalidade de garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida, para os quais já existem programas estruturados.

Os grupos podem ser de diferentes perfis, necessidade e amplitude, como, por exemplo, associados à promoção da saúde (grupo de caminhada, ginástica, controle do tabagismo e controle alimentar), aos ciclos de vida (grupo de puericultura, mulheres e idosos), às condições de saúde (grupo de hipertensão/diabetes, medicação controlada, relaxamento e saúde mental), necessidades específicas (grupo de gestantes e planejamento familiar) etc.

Os grupos podem ser organizados por microárea, área ou abertos à comunidade, estando ao cargo dos profissionais a responsabilidade de organizá-los e conduzi-los. As reuniões podem ocorrer dentro ou fora do espaço da unidade local, tanto ao ar livre quanto em locais cedidos por parceiros da comunidade (igrejas, escolas, conselhos comunitários etc.). A participação dos profissionais do NASF no planejamento e na execução desses grupos tem sido prática frequente, mas devemos refletir sobre a concepção original de apoio matricial desses profissionais para desenvolver autonomia para a ESF responder às demandas, mesmo que sejam um pouco mais especializadas.

A **atenção domiciliar** ou atenção orientada à família implica o entendimento das condições de vida, da dinâmica familiar e da rede social do indivíduo. É uma das atividades primárias realizadas pelos profissionais de saúde que atuam na unidade local, com ênfase na atuação dos agentes comunitários da saúde, responsáveis por cadastrar todas as pessoas de sua microárea, atualizando os cadastros sempre que necessário (BRASIL, 2007a). A visita domiciliar implica, portanto, o conhecimento do contexto de vida e saúde dos moradores, além de possibilitar o fortalecimento de vínculos, incentivar atividades educativas, identificar situações de risco e captar pacientes não aderentes a tratamento.

A **vigilância local em saúde** caracteriza-se como mecanismo de monitoramento e intervenção das práticas no sistema local de saúde. Regida pelo princípio da integralidade e respeitando as normatizações da esfera municipal, a vigilância local em saúde tem a finalidade de desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (FERREIRA, 2009; MENDES, 1993).

No âmbito da Atenção Básica, a vigilância local em saúde operacionaliza-se por meio do desenvolvimento de ações que visam alcançar prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Vida, definidos por portaria ministerial.

A **coordenação do cuidado** refere-se à capacidade da Atenção Básica em manter a vinculação e a responsabilização pelo cuidado, desenvolvendo assistência básica integral e contínua e, quando necessário, acionando redes de apoio para garantia de acesso do usuário aos demais serviços do sistema que complementam as ações das equipes locais (BRASIL, 2006b). No que diz respeito ao cuidado, as pessoas já em acompanhamento constituem grupos vulneráveis e conhecidos, cujo tratamento adequado e prevenção de complicações são ações fundamentais na ESF.

### 1.3 Gestão local das atividades de apoio

Para um bom funcionamento, as unidades locais devem ser dotadas de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações desenvolvido nesse nível de atenção. As diversas atividades necessitam de suporte administrativo, incluindo condições adequadas de infraestrutura, instrumentos de organização e de gestão, materiais e logística, capacidade de gestão de informações e do conhecimento e capacidade de gestão de pessoas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

### 1.3.1 Estrutura física

A prioridade de fortalecimento da Atenção Básica está claramente descrita no Pacto pela Saúde, sendo um dos objetivos garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das unidades locais. O avanço nos serviços da ESF pressupõe a disponibilidade de instalações adequadas.

A estrutura física para a gestão da Atenção Básica deve ser funcional e adequada, tanto para o acompanhamento contínuo e integral dos usuários e suas famílias, por meio de ações programadas, quanto para o movimento de acolher integralmente as necessidades da comunidade definida, por meio de ações de atenção à demanda espontânea.

A organização dos espaços de trabalho deve considerar o quantitativo da população adstrita, sua especificidade, o número de usuários esperados e, também, a possibilidade de oferecer campo de estágio a estudantes de graduação e de pós-graduação de instituições formadoras em saúde.

Independentemente da esfera gestora, todos os estabelecimentos de saúde devem seguir os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 189, de 18 de julho de 2003, que alterou a RDC nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

O Ministério da Saúde recomenda que em uma unidade local trabalhem, no máximo, cinco Equipes de Saúde da Família para permitir a organização de agendas e de fluxos operacionais que favoreçam e viabilizem as mudanças de práticas de saúde (BRASIL, 2008).

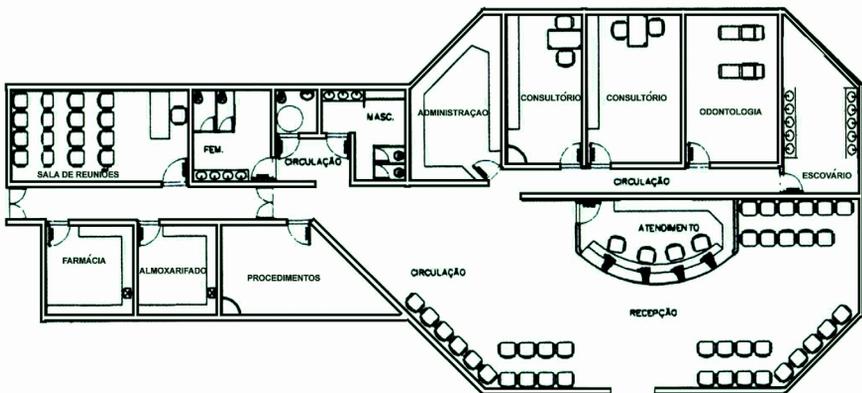


Figura 1 – Modelo de unidade local  
Fonte: BRASIL, 2006c.

A realização das ações de atenção à saúde pode ser otimizada a partir do próprio projeto arquitetônico que leve em consideração o processo de trabalho, os fluxos de pessoas dentro e fora da unidade, e o cuidado, a coleta, o acondicionamento, o transporte e o destino final de resíduos, especialmente os resíduos de serviços de saúde ou o lixo hospitalar.



## Link

Você pode comparar as recomendações relativas à estrutura física para a gestão da Atenção Básica com a existente no seu local de trabalho acessando o **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: Saúde da Família**, disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)>.

### 1.3.2 Instrumentos de organização e de gestão da Atenção Básica

A organização das ações da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família está pautada por um sistema normativo que abrange desde as definições contidas na Constituição Federal e em Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível nacional, até em normas e rotinas desenvolvidas localmente para o funcionamento da unidade local (Quadro 1).

LEGISLAÇÃO DO SUS	
Constituição Federal de 1988	Artigos 196 a 200 – Institui o Sistema Único de Saúde.
Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000	Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde (altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal).
Lei nº 8.080, de 19/09/1990	Lei Orgânica da Saúde, e suas subseqüentes, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei nº 9.836, de 23/09/1999	
Lei nº 10.424, de 15/04/2002	
Lei nº 11.108, de 07/04/2005	
Lei nº 8.142, de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Portaria nº 399, de 22/02/2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
Decreto nº 7.508, de 28/06/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

NORMAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	
Lei nº 10.507, de 10/07/2002	Cria a profissão de agente comunitário de saúde.
Portaria nº 648, de 28/03/2006	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).
Portaria nº 1.625, de 10/07/2007	Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) dispostas na PNAB.
Portaria nº 687, de 30/03/2006	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
Portaria nº 971, de 03/05/2006	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 2.226, de 18/09/2009	Institui, no âmbito da PNAB, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
Portaria nº 154, de 24/01/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
Portaria nº 2.960, de 09/12/2008	Aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.
Portaria nº 91, de 10/01/2007	Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.
Portaria nº 2.669, de 03/11/2009	Estabelece prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.
Portaria nº 2.488, de 21/10/ 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Quadro 1 – Sistema normativo da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família



### Link

As legislações que aparecem no quadro 1 podem ser acessadas na íntegra no site do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id\\_area=169](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=169)>.

Importante considerar que uma das características do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família consiste no planejamento, na programação e na implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Tais atividades planejadas e programadas em cada unidade local constituem escopo do Plano e da Programação Anual de Saúde do município. Os resultados alcançados nas **unidades locais** integram o Relatório de Gestão Municipal (BRASIL, 2009). Voltaremos a falar sobre esses instrumentos de gestão mais adiante.

Como método de trabalho na gestão da Atenção Básica, portanto, é fundamental que as Equipes de Saúde da Família e as equipes do NASF conheçam, discutam e avaliem os diversos relatórios com os dados produzidos, periodicamente, para que esses gerem informações úteis a serem compartilhadas com gestores e população.

A ação dos profissionais das ESF é auxiliada pela padronização de fluxos e protocolos, muitos dos quais já estabelecidos pelos gestores em nível federal, estadual e municipal. Os protocolos assistenciais orientam o tratamento de algumas doenças eleitas pela equipe de saúde, formatados de acordo com uma metodologia específica. Além dos protocolos oficialmente definidos, como, por exemplo, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a gestão da unidade local pode propor, estudar, auxiliar a execução e avaliar os protocolos de atenção clínico-assistencial. A operacionalização dos protocolos se efetiva mediante a realização de educação permanente sobre temas de interesse em reuniões periódicas da ESF. Dessa maneira, os fluxos e os protocolos são debatidos e ajustados, com base nas necessidades da unidade local, de forma a atender às especificidades da população.



### Leitura Complementar

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estão disponíveis em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35490&janela=1).

---

### 1.3.3 Gestão de informações

O funcionamento do SUS depende do funcionamento dos sistemas de informações, isto é, do conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados que atendem às necessidades de informações dos programas e serviços que compõem o sistema (BRANCO, 2006).

Os sistemas de informações em saúde (SIS) subsidiam a tomada de decisão pelos gestores e gerentes de unidades de saúde, com vistas a contribuir com a melhoria da situação da saúde individual e coletiva.

A finalidade dos sistemas de informações remete à expressão clássica de informação para a ação, ou seja, após a coleta, o processamento e a análise de dados – transformando os dados em informações –, gestores e profissionais da saúde definem as medidas a serem adotadas para a situação apresentada. Quanto mais próximo da ocorrência do problema, mais oportuna e eficaz será a intervenção.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998 pelo Ministério da Saúde, constitui-se um dos principais instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação da Atenção Básica em Saúde. A disponibilidade da base de dados do SIAB na internet objetiva oferecer aos gestores e aos profissionais de saúde responsáveis pela gerência de serviços de saúde, nos diversos níveis, informações que reflitam o perfil de atendimento e a situação de saúde, especialmente quanto ao processo assistencial e à morbidade ambulatorial, subsidiando a tomada de decisão.

O SIAB agrega, armazena e processa as informações relacionadas à ESF. É um sistema de registro mensal de dados e produção de serviços da Atenção Básica (consultas médicas, cobertura vacinal, consultas e pré-natal, procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares etc.), situação de saúde (notificação e acompanhamento de alguns agravos, óbitos, nascimentos e internações) e condições demográficas e socio sanitárias.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Em síntese, o SIAB contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade e das intervenções realizadas pela equipe e os resultados socio sanitários alcançados. Esses dados são resultantes do trabalho de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas e auxiliares. A qualidade e a consistência desses dados decorrem do conhecimento dos instrumentos e do uso correto de instruções, preenchimento, alimentação cuidadosa, cumprimento e prazos, fluxos, críticas, divulgação e utilização dos dados.

Todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família devem conhecer e utilizar os dados do SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que sejam necessárias na atenção à saúde da população de suas respectivas áreas de abrangência. Como todo sistema de informações, o SIAB depende também de um criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. A confiabilidade dos dados é condição necessária para o seu uso, seja no monitoramento da equipe, seja na comparação entre as equipes e/ou entre os municípios/regiões.

A totalidade dos dados que compõem o SIAB é coletada em formulários de uso dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. São eles: fichas de cadastramento e de acompanhamento domiciliar e fichas para registro de atividades, procedimentos e notificações, reconhecidas por letras (ver Quadro 2).

FORMULÁRIOS DO SIAB	
Ficha A	cadastramento familiar
Ficha B	cadastramento e acompanhamento (gestantes; hipertensos; diabéticos; pacientes com hanseníase)
Ficha C	acompanhamento da criança (cartão sombra de vacina)
Ficha D	registro de atividades, procedimentos e notificações (produção de todos os profissionais)

Quadro 2 – Formulários do SIAB

Os procedimentos para a consolidação dos dados para posterior envio à Coordenação Municipal são de responsabilidade das Equipes de Saúde da Família. No entanto, o momento da consolidação dos dados deverá ser utilizado pelos profissionais para análise, monitoramento e avaliação da situação de saúde local, propiciando a adequação, quando necessária, do plano de ação da equipe. Poderão ser utilizados como instrumentos os relatórios por equipe, o consolidado das famílias por área, o relatório de famílias por microárea, as fichas de captação de óbitos e nascimentos por área, entre outros.

### 1.3.4 Gestão do Conhecimento

---

Gestão do Conhecimento é o processo sistemático de identificação, criação, integração, recuperação, renovação, compartilhamento e aplicação dos conhecimentos dentro da organização (DE SORDI, 2008).

---

Na Atenção Básica em Saúde, a Gestão do Conhecimento tem como objetivo integrar os conhecimentos dos profissionais que formam as Equipes de Saúde da Família e do NASF na unidade local. Dessa forma, a Gestão do Conhecimento colabora na democratização das informações, pois possibilita uma maior disponibilidade e integração dos diferentes indivíduos, fazendo com que os conhecimentos compartilhados se transformem em novos conhecimentos.

Existem diferentes processos e mecanismos de Gestão do Conhecimento entre profissionais da Atenção Básica, cuja implementação está sujeita às especificidades e à autonomia para o trabalho de cada unidade local. Entre eles destacam-se a realização de reuniões sistemáticas intra e intequipes, a criação de grupos de trabalho e/ou de câmaras técnicas, a instalação de colegiados gestores de planejamento e tomada de decisão, e a efetivação da Educação Permanente em Saúde.

As reuniões sistemáticas intra e interequipes são ocasiões em que a comunicação se dá de forma mais eficaz e permitem avaliar como a informação foi assimilada e utilizada nas práticas cotidianas dos profissionais da unidade.

Os grupos de trabalho objetivam fomentar a troca de informações e conhecimentos dentro e fora da unidade local, a partir de um plano de trabalho definido e do incentivo de lideranças informais para o intercâmbio de conhecimentos individuais entre os membros das equipes de trabalho, transformando-o em conhecimentos coletivos. A participação dos profissionais do NASF nesses grupos é fundamental para cumprir a função de apoio às equipes.

A instalação de um colegiado gestor na unidade local tem o propósito de atuar como apoio e referencial aos demais grupos de trabalho para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e a motivação entre os profissionais integrantes da unidade local.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007b) tem a finalidade de fornecer uma base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão. Numa perspectiva de intercâmbio e compartilhamento de conhecimento, a capacitação dos integrantes das Equipes de Saúde da Família, oferecida por meio da Educação Permanente em Saúde, pode ser interna ou externa à unidade local, com a realização de cursos de curta, média ou longa duração, dependendo do objetivo a ser atendido.

A Gestão do Conhecimento na Atenção Básica também se desenvolve a partir de novos programas e tecnologias de integração ensino–serviço, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Programa Telessaúde Brasil.



#### Link

Veja mais sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde lendo a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_1996-de\\_20\\_de\\_agosto-de-2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf)>, e o site do Ministério da Saúde <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1265](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265)>.

A Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010, institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saiba o que ela diz em <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>>.

Ainda, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Veja mais informações em <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)>.

---

### 1.3.5 Gestão de materiais

O Sistema Único de Saúde, em seu processo de produção de atenção e vigilância em saúde, incorpora insumos e tecnologias de complexidades variadas em toda a rede de serviços com a finalidade de garantir uma assistência contínua, de qualidade. Para atender a esse propósito, o sistema deve disponibilizar materiais necessários em quantidade e qualidade para que os profissionais realizem suas atividades sem risco para si e para os usuários.

A gestão ou administração de materiais é parte desse processo produtivo, considerada uma atividade-meio, ou seja, a atividade que se presta a dar condições para que uma organização atinja seus objetivos sociais. Um aspecto fundamental da gestão de materiais nas unidades de saúde está relacionado ao sucesso de sua atividade-fim, ou seja, o alcance dos objetivos relativos ao seu objeto social, à essência ou razão de existir dessas unidades. Sendo assim, o gerenciamento dos recursos materiais guarda estreita relação com a atenção à saúde dos usuários, sendo eles a razão de ser das organizações de saúde (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).



#### Na Prática

O objetivo do gerenciamento de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo, com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e ao menor custo. Também se preocupa com o uso dos materiais que compra, estoca e distribui.

---

A administração de materiais envolve a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização. Compreende a programação, a compra, a recepção, o armazenamento em almoxarifado, a movimentação, o transporte interno e o armazenamento no depósito de produtos acabados.

No âmbito municipal, dependendo do porte do município e da estrutura de governo, a Secretaria de Saúde ou a Prefeitura são responsáveis pela administração de materiais, sendo o processo de compra regido pela Lei nº 8.666/93 (e suas complementares).



#### Link

Veja a Lei nº 8.666/93, disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm)>.

---

Nas unidades locais, para tratar do gerenciamento de materiais, utiliza-se o conceito de logística, que significa o armazenamento dos produtos acabados e sua movimentação, isto é, a distribuição física até o usuário do serviço. Na logística, o foco concentra-se na estocagem e na distribuição externa do material, não incluindo a programação nem a compra, que são realizadas pela administração central.

Os profissionais da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família têm papel importante quanto à determinação do material necessário para a realização das ações de saúde. Isso inclui não só a determinação de quantidades adequadas, mas, sobretudo, a análise da qualidade, participando, quando necessário, da especificação técnica do material.

É imprescindível o acompanhamento do perfil de consumo de materiais da unidade local, incluindo os medicamentos e os materiais esterilizados, para a devida reposição e manutenção de estoque. Medidas de controle e contenção dependem de muitos fatores, entre eles, do estilo gerencial, do processo comunicacional estabelecido na unidade, da satisfação dos trabalhadores no exercício da função, da adequação do espaço físico, da capacitação dos profissionais etc.

Na logística da unidade local, a distribuição dos materiais e o controle de estoque requisitam métodos de registro para conhecer o consumo real de materiais, de acordo com o sistema adotado de distribuição. Esse pode variar segundo quantidades preestabelecidas (cotas), períodos de tempo (diária, semanal, mensal), perfil histórico de gastos por serviços (curativo, esterilização, medicamentos, escritório etc.).

A gestão de medicamentos tem importância estratégica para a unidade local, devido ao volume de itens, ao custo e às dificuldades assistenciais que sua falta representa (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998). Seu controle, considerado ponto central na gestão da unidade local, tem sido mais bem efetivado com a introdução de sistemas informatizados que agilizam o processo de identificação, consumo e reposição, considerando o prazo de validade, a requisição médica e a identificação nominal do usuário.

Independentemente do sistema de distribuição e controle de materiais adotado pela unidade local, um aspecto deve estar sob constante observação, qual seja, o comportamento do consumo mensal de cada serviço.

### 1.3.6 Gestão do trabalho na Atenção Básica

Já faz algum tempo que o campo de conhecimento que trata das relações e da gestão do trabalho passou de um simples departamento de pessoal para um agente de transformações nas organizações. Esse tema é bastante complexo e, nesta breve apresentação, serão destacados alguns aspectos da atual Política Nacional de Gestão do Trabalho na Saúde, bem como os eixos norteadores dessa política na perspectiva da gestão local de uma unidade local.

A gestão do trabalho em saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador da saúde é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS. Nela, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, criatividade, coparticipação e corresponsabilização, enriquecimento e comprometimento mútuos. A implementação dessa concepção vem sendo difundida desde 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde.

Na coordenação de pessoas e do trabalho, vários aspectos estão envolvidos, desde valores, cultura, talentos, conhecimentos e competências individuais, até motivação, sociabilidade e integração coletivas. Na área de saúde, está cada vez mais claro que a autoestima dos trabalhadores influi na maneira pela qual eles conseguem oferecer de fato o cuidado àqueles que querem ensinar, tratar, reabilitar.

Várias medidas já foram adotadas com relação à gestão do trabalho no SUS, tais como a instalação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, a criação da Câmara de Regulação do Trabalho, a constituição de grupos de trabalho com vistas à elaboração das diretrizes nacionais para a desprecarização do trabalho e a proposição de um plano de carreira, cargos e salários para o SUS, com o apoio dos trabalhadores e dos gestores. Ainda em processo de implantação, a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, em seu conteúdo, traz orientações fundamentais para a organização de processos gerenciais. Nelas incluem-se os princípios e as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS e a saúde ocupacional do trabalhador do SUS, além de referências para o controle social da gestão do trabalho no SUS. Tal política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho.



### Na Prática

O objeto da gestão do trabalho são as pessoas e suas relações dentro da organização. Portanto, a gestão das pessoas e do trabalho apresenta um componente normativo para manter a organização produtiva, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham.

---

Na PNAB, o quantitativo, o qualitativo, a composição, os processos de trabalho e as atribuições de trabalhadores das Equipes de Saúde da Família já estão definidos (BRASIL, 2006b). A adesão do gestor municipal à PNAB implica reconhecer algumas necessidades de gestão do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família nas unidades locais. Dentre as atividades de gestão, inclui-se garantir

o cumprimento do contrato de trabalho dos profissionais, principalmente quanto à realização das ações de atenção e vigilância à saúde, sua jornada de trabalho e sua inserção no processo de trabalho. Em contrapartida, é requisitada aos gestores a promoção de ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de Educação Permanente em Saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde.

Na Atenção Básica, a formatação do trabalho a partir da instituição de equipes, com os profissionais, incluindo os ACS, que atendem ao perfil e à jornada de trabalho atualmente propostos, apesar da necessidade de aprimoramento e de garantia da qualidade, tem oferecido respostas às necessidades e às demandas da população, de forma abrangente, no caminho para o estabelecimento de uma atenção coordenadora das ações da rede de saúde.



### Na Prática

Refleta sobre como se dão as relações e a gestão do trabalho em sua unidade local. A formatação do trabalho em equipe, as atribuições dos profissionais, incluindo os ACS, atendem ao perfil e à jornada de trabalho atualmente propostos pela Política Nacional de Atenção Básica?

---

### 1.3.7 Gestão por resultados de serviços, equipes e profissionais

A consolidação do modelo de atenção à saúde, alicerçado na ESF e na Atenção Básica como eixo coordenador do sistema de saúde, depende, dentre outros fatores, da evolução dos resultados alcançados. Um dos instrumentos de gestão que têm trazido benefícios tanto para os usuários quanto para os trabalhadores de saúde chama-se gestão por resultados.

A gestão por resultados fundamenta-se na valorização do profissional, estimulando-o a ter maior envolvimento e responsabilização com os resultados alcançados pelos serviços de saúde, especialmente com relação ao aperfeiçoamento técnico-científico para o alcance dos indicadores e dos parâmetros definidos pelo sistema. É uma ferramenta administrativa que se alinha metodologicamente com o planejamento, o controle e a avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2007a). Há um ajuste entre esses instrumentos de gestão, cuja aplicação contribui para a eficácia e a eficiência do serviço de saúde.

Na Atenção Básica, a gestão por resultados é realizada por meio de programação das ações das Equipes de Saúde da Família. Contribui para a definição clara das ações a serem desenvolvidas na área de abrangência da unidade local e os

resultados esperados com cada uma dessas ações. Tal programação de ações guarda coerência com a Programação Pactuada e Integrada, o Pacto da Atenção Básica e os indicadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).



### Na Prática

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica é realizada através de um programa computacional denominado PROGRAB, desenvolvido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Tem por finalidade apoiar os gestores e as Equipes de Saúde da Família de forma integrada na programação das suas ações e na organização das práticas dessas equipes.

---

As áreas previstas para a programação local das ações das Equipes de Saúde da Família incluem todas as etapas do ciclo de vida: os principais agravos, as prioridades, as ações à demanda espontânea e as ações de promoção da saúde. As áreas sugeridas são Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Imunização, Tuberculose, Hanseníase, DST, Demanda Espontânea e Áreas Transversais.

A programação das ações pode ser feita em tempos distintos. É importante a atualização periódica da programação, considerando o dinamismo do processo de trabalho ao nível local.

A explicitação do compromisso das equipes com a população adstrita, desde as atividades assistenciais até as ações intersetoriais e interinstitucionais que serão realizadas durante o ano, permite ao gestor e aos conselhos um acompanhamento contínuo do trabalho das equipes. Portanto, a participação desses atores, em comum acordo, possibilita a adequação de programação de ações compatível com a realidade, a partir das necessidades da população e da capacidade de oferta de serviços, e pode contribuir significativamente para a implementação da gestão por resultados.



### Link

O PROGRAB está disponível para download no site do Ministério da Saúde, disponível em <<http://dab.saude.gov.br/prograb.php>>.

---

## 1.4 Controle social e ações intersetoriais no sistema local de saúde

A Política Nacional de Atenção Básica tem como fundamento estimular a participação popular e o controle social como estratégia de fortalecimento da gestão local de saúde. Constitui uma das características do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família a promoção e o estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações, de modo a dar visibilidade e transparência ao processo de gestão local (BRASIL, 2006b).

No modelo de gestão participativa, a gestão local de saúde envolve uma relação direta entre a Unidade Básica de Saúde e a população usuária. Há em seu princípio a busca por respostas coletivas aos problemas de saúde relativos à comunidade adstrita. A criação de uma instância colegiada local permite ampliar diálogo entre os trabalhadores e profissionais de saúde e a população.

Uma das formas para a mobilização e a participação da comunidade nas decisões locais é a criação de Conselhos Locais de Saúde (CLS), que se tornam responsáveis por acompanhar e avaliar a política de saúde na área de abrangência da unidade local, a partir das diretrizes estabelecidas em conferências municipais e no Conselho Municipal de Saúde. Os conselhos locais de saúde são espaços coletivos de discussão conjunta no nível local que facilitam o envolvimento dos profissionais na ação comunitária. Na qualidade de mecanismo de inclusão do cidadão nos processos decisórios em saúde, o CLS possibilita a participação da sociedade civil na elaboração, na implementação e no controle da gestão dos serviços e dos recursos públicos em saúde. Contribuem, portanto, para a formulação de propostas para a reorganização dos serviços e das ações desenvolvidas na unidade local.

De modo geral, o CLS acompanha, avalia e indica prioridades de ações de saúde a serem desenvolvidas pela unidade local. O reconhecimento dos problemas de saúde da comunidade, a participação do planejamento das ações locais de saúde, bem como o acompanhamento e a avaliação do impacto das ações desenvolvidas sobre a situação de saúde da comunidade são atribuições do CLS. A atuação do CLS proporciona meios de informação para os usuários da UBS, de assuntos de interesse da saúde coletiva e de atividades desenvolvidas pelas diferentes instâncias do SUS.

A diversidade de situações vivenciadas na Atenção Básica requer, também, uma atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas que incluam outras práticas além daquelas usualmente desenvolvidas pela UBS. Além de compartilhar e ampliar o processo de gestão local através da efetivação da participação da comunidade no exercício do controle social, as Equipes de Saúde da Família têm atribuições para desenvolver ações intersetoriais.

A atuação intersetorial é considerada uma condição para que a Atenção Básica não se restrinja ao primeiro nível de atenção, mas seja a base e a referência para toda a atenção, contemplando não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação dos processos saúde–doença. Isso significa que as Equipes de Saúde da Família são elos para a integração de projetos com outros setores sociais que tenham aderência com as propostas de promoção da saúde.

---

As experiências de articulação intersetorial, no âmbito da gestão local de saúde, contribuem para uma maior articulação das intervenções públicas no nível local. Os ACS têm papel relevante no estabelecimento das parcerias intersetoriais, tanto por realizarem a divulgação das ações desenvolvidas como também por conhecerem a comunidade na qual atuam e, com isso, podem identificar as necessidades e as demandas da população.

---

A ESF pode desenvolver diversas ações comunitárias em conjunto com outros setores. O estabelecimento de parcerias pode ocorrer com setores como a educação, o saneamento e a limpeza, a assistência social, entre outros, exemplificados com ações conjuntas em escolas, creches, universidades, centros de assistência social e outras instituições sociais da região, assim como com organizações do movimento comunitário.



### Leitura Complementar

O texto **Redes de apoio à Estratégia Saúde da Família**, de Selma Regina de Andrade, está disponível no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem. Essa leitura será significativa para os seus conhecimentos. Não deixe de fazer essa leitura, o material encontra-se disponível no AVEA do seu curso!

---

## SÍNTESE DA UNIDADE

A gestão local em saúde constitui um campo de conhecimento e de práticas que se constrói, amplia e avança no dia a dia da UBS. Os protagonistas dessa construção – gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema – lançam mão de um corpo teórico já consolidado para adaptá-lo às situações únicas vivenciadas. Neste tópico, procuramos indicar alguns componentes essenciais do conjunto das informações disponíveis para esse tema. Abordamos, inicialmente, a organização dos sistemas locais de saúde, enfatizando o processo de territorialização. Em seguida, destacamos a gestão local em saúde para o conjunto de atividades que contam com a presença do usuário para o desenvolvimento da ação: acolhimento, atividades de atenção individual, atividades de atenção coletiva, atenção domiciliar, vigilância local em saúde e coordenação do cuidado. Seguimos apresentando a gestão local em saúde para as atividades de apoio, que abriga conteúdos sobre infraestrutura, instrumentos de organização e gestão, incluindo gestão de informações, do conhecimento, de pessoas, de materiais e de resultados. Finalizamos o tópico abordando o tema sobre controle social e ações intersetoriais no sistema local de saúde, com a perspectiva de que a saúde, seus condicionantes e determinantes, articula-se com todos os setores da sociedade para atender ao seu objetivo maior de exercício de cidadania.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação e elaboração de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50\\_02rdc.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/50_02rdc.pdf)>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRANCO, M. A. F. **Informação e saúde**: uma ciência e suas políticas em uma nova era. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: Saúde da Família. Brasília, 2006c. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 6 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, ano. 8, n. 14, abr./jun. 2007a.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 ago. 2007b.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: Saúde da Família. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_fisica\\_ubs.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf)>. Acesso em: 6 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília, 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde; Série Cadernos de Planejamento – volume 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v4.pdf)>. Acesso em: 8 out. 2010.

DE SORDI, J. O. **Administração da informação**: fundamentos e práticas para uma nova gestão do conhecimento. São Paulo: Saraiva, 2008.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: CEPEDOC, 2007.

FERREIRA, S. C. C. (Org). **Gestão em saúde**: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

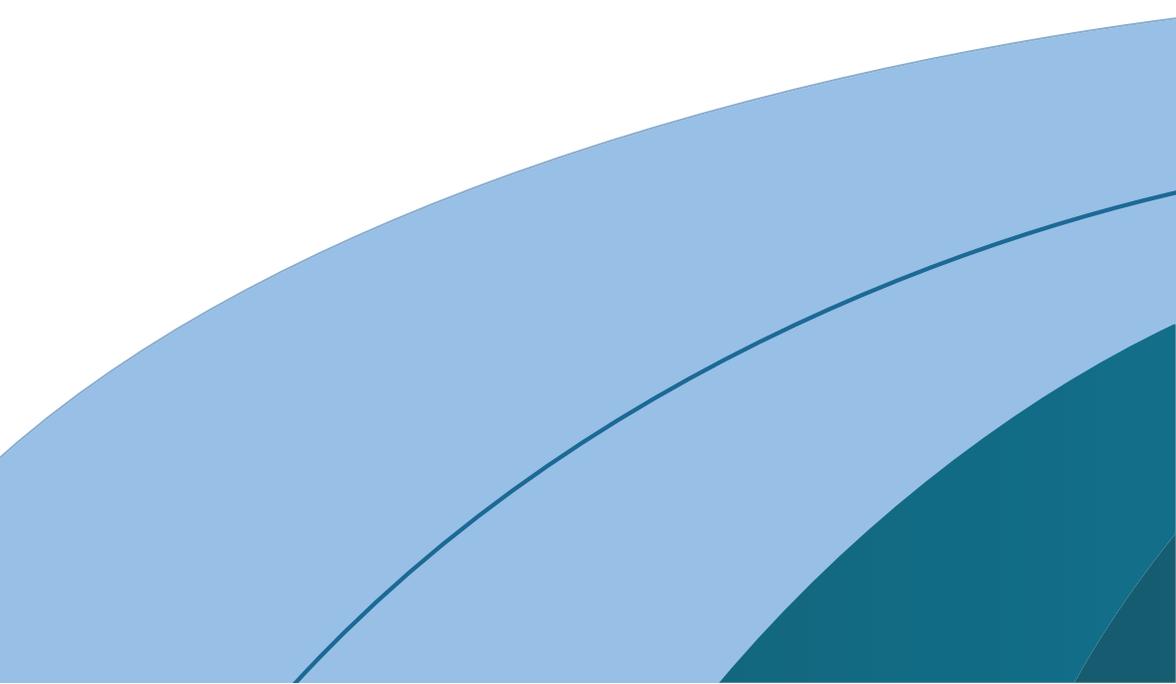
MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

SHIGUNOV NETO, A.; TEIXEIRA, A. A.; CAMPOS, L. M. F. **Fundamentos da ciência administrativa**. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2005.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: FSP; USP, 1998.

Gestão e Avaliação na Atenção Básica

# Unidade 2



## 2 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O planejamento na sua equipe e na sua unidade de saúde. É muito importante para garantir bons resultados em nossas ações! O planejamento local vai garantir que a gestão local seja conduzida com vistas a atender às necessidades da população e resolver os problemas prioritários da área sob responsabilidade da equipe. Agora vamos ver outro aspecto da gestão em saúde que pode influenciar muito as ações da equipe: a gestão do sistema municipal.

A gestão de um sistema municipal de saúde é uma tarefa ampla e complexa, qualquer que seja a dimensão do município. A responsabilidade sanitária sobre a saúde da população de determinado território é, em última instância, sempre um compromisso do gestor municipal, apoiado pelos gestores das outras esferas de governo (o estado e a União).

São muitas as atividades de gestão, e procuramos selecionar aquelas que mais afetam o trabalho da equipe para discutir com vocês. As ações a que nos referimos são o processo de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde, a gestão orçamentário-financeira do sistema municipal de saúde e a gestão do acesso regionalizado aos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Você sabe que a Constituição Federal de 1988 instituiu uma organização político-administrativa que prevê a autonomia e, ao mesmo tempo, a articulação e a cooperação das três esferas de governo. Essa proposta exige um grande esforço para viabilizar políticas públicas efetivas, mas ela é fundamental para garantir as ações de saúde para todo cidadão brasileiro, independentemente do município ou do estado onde reside.

A descentralização é um dos princípios organizadores do SUS e é também fenômeno político que, nos dias atuais, tem se colocado como estratégico para os projetos de Reforma de Estado em geral.

---

Descentralizar significa transferir responsabilidades de gestão e poder de decisão da União para os estados e os municípios, atendendo a determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

---

O processo de descentralização está sendo utilizado não apenas no Brasil, mas em vários outros locais e/ou países. Não somente no setor saúde, mas também para operacionalizar outras políticas. A discussão acerca da descentralização é polêmica, na medida em que se trata de um processo complexo que incorpora

muitas dimensões. Em geral, não pode ser assumido como um dogma administrativo de aplicação universal em qualquer circunstância.

Descentralizar, no âmbito da saúde, de forma simplificada significa transferir responsabilidades administrativas sobre os serviços de saúde do nível nacional para os governos regionais e locais (federal, estadual e municipal). Dessa forma, é preciso que haja cooperação entre as esferas de governo a fim de manterem a qualidade das ações e dos serviços de saúde ofertados. A descentralização, nesse sentido, é justificada em função da necessidade de se buscar maior eficácia na gestão pública. Procura-se, assim, eliminar intermediações burocráticas e garantir a possibilidade do processo de tomada de decisões e da oferta dos serviços mais próxima do cidadão.

Com esse entendimento, presume-se que os gestores assumam maior fidelidade com as demandas sociais e que organizem os recursos alocados de forma mais adequada para o cumprimento de seus objetivos. A descentralização tem a função de facilitadora da relação dos usuários com o Estado, simplificando a tramitação burocrática e permitindo canalizar cada demanda de forma mais adaptada às suas especificidades.

A história da implantação do SUS utilizou o conceito de descentralização com dois sentidos diferentes. Na década de 1990, no início da implantação do sistema, a descentralização foi utilizada como forma de superar o centralismo [inampiano](#)<sup>1</sup> ainda dominante. O processo de descentralização foi assumido como sinônimo de municipalização. Por conta disso, todo o esforço foi concentrado em transferir recursos federais e estaduais e a responsabilidade de gestão de serviços de saúde para os gestores municipais.

---

<sup>1</sup> Inampiano refere-se à cultura centralista e autoritária que dominava o modelo médico-previdenciário até o final da década de 1980, que estava sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

---

Inicialmente, houve a transferência de recursos físicos (unidades de saúde, policlínicas) e humanos (profissionais de saúde que trabalhavam nessas unidades públicas), até então sob administração direta da Previdência Social ou dos estados, para a gestão dos municípios. Esse processo foi acompanhado da criação e da implantação de instrumentos e dispositivos de gestão que possibilitaram a transferência de recursos financeiros entre esferas de governo (como o caso da implantação dos fundos de saúde, da legislação de transferências fundo a fundo etc.).

Também foram previstos mecanismos de alocação automática, regular e previsível para o financiamento de determinadas políticas executadas pelos municípios, como o caso do Piso de Atenção Básica e do incentivo para o financiamento da Estratégia Saúde da Família (PAB variável). Aqui se incluíram mais recentemente os incentivos para as equipes de NASF. Veremos mais adiante, neste mesmo módulo, como são esses mecanismos de financiamento.

Nesse mesmo período, a necessidade de negociação e pactuação de estratégias e a redução de divergências em relação às transferências de recursos entre as esferas de governo exigiram a criação de instâncias intergestoras para conduzir de forma coerente e consertada o processo de descentralização do SUS. A implantação, em 1993, das **Comissões Bipartites**<sup>2</sup> nos estados e da **Comissão Tripartite**<sup>3</sup> no nível federal se mostrou uma iniciativa inovadora e de excelentes resultados.

---

2 Comissões Bipartites reúnem representação dos municípios e do gestor estadual.

---

3 Comissão Tripartite reúne representantes das três esferas de governo.

---

No final da década de 1990, ficou claro que o processo de descentralização tinha praticamente se esgotado e estava em risco pela incapacidade dos municípios de assumirem isoladamente a responsabilidade pela atenção integral da saúde de seus habitantes. Os serviços de saúde de maior densidade tecnológica estavam concentrados em poucos municípios de maior porte, e os pequenos e médios municípios concentravam apenas serviços básicos e hospitais gerais. Essa distribuição dos serviços não garantia o acesso equânime da população aos procedimentos mais complexos. Além disso, ficaram evidentes as ineficiências econômicas e técnicas associadas a serviços com dimensionamento inadequado, o que expôs a limitação da opção por sistemas de saúde municipais sem articulação regional.

Para superar a municipalização atomizada, foi recuperado o entendimento do processo de descentralização associado à regionalização. A incorporação da ideia da regionalização, além de resolver os problemas já indicados, teve a virtude de recuperar o papel do gestor estadual como coordenador do processo de constituição de redes regionalizadas em cooperação com os municípios. Dessa forma, ampliou-se o número de atores envolvidos no processo de operacionalização do SUS, tornando-o mais factível.

Nesse processo, a região de saúde ou distrito sanitário é o reconhecimento, a definição e a percepção da dinâmica da saúde existente nos espaços locais. As regiões de saúde devem ser entendidas como territórios-população, com necessidades e recursos nos quais serão desenvolvidas as ações sanitárias articuladas, visando à satisfação das necessidades de saúde e de bem-estar da população ali residente.

E como fazer o planejamento e a gestão de uma região de saúde? Já vimos a definição de território nos módulos anteriores e pudemos entender como identificar as necessidades e fazer o planejamento na área de uma equipe ou unidade de saúde. Para a gestão do sistema de saúde de um município, todas essas necessidades deverão ser consideradas no **Plano Municipal de Saúde (PMS)** e na **Programação Anual de Saúde**.

Falaremos um pouco mais desses instrumentos de gestão do SUS mais à frente!

Voltando para a regionalização, para fazer a gestão e o planejamento dos serviços em uma região de saúde, há que compatibilizar as necessidades de vários territórios diferentes que agregam equipes, unidades e, às vezes, vários municípios. Dentre os instrumentos utilizados na regionalização, o mais relevante é o **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**.



## Na Prática

Você sabe o que é e para que serve o Plano Diretor de Regionalização? Você pode compreender melhor sua elaboração e suas definições acessando o site da SES-SC, nos itens de Planejamento em Saúde – Instrumentos de Gestão Estadual.

O Plano Diretor de Regionalização apresenta microrregiões e macrorregiões de saúde que são definidas em consideração à estrutura de serviços existentes e aos aspectos econômicos, sociais, de mobilidade e cultura de uso de serviços de saúde de cada população. Essas definições facilitam o planejamento da localização e o dimensionamento dos serviços e das ações em saúde que serão acessados a partir da organização e do ordenamento da Atenção Básica.

É nesse nível de atenção que será atendida a maioria das necessidades de saúde da população. Aquelas necessidades não atendidas serão resolvidas pela organização de fluxos e referências para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, necessários para efetivar a atenção integral à saúde de toda a população. Os serviços de média e alta complexidade devem constituir uma rede regionalizada de atenção, ordenada pela Atenção Básica. O instrumento de gestão que regula essa rede é a **Programação Pactuada e Integrada (PPI)**<sup>4</sup>.

No Termo de Garantia de Acesso, um gestor que possui serviços com capacidade de oferecer mais ações do que as necessárias para a população de seu território se compromete a oferecê-lo para outros municípios, recebendo a transferência dos recursos referentes

4 A PPI é uma ferramenta de pactuação de recursos (ações e serviços de saúde) instituída no âmbito do SUS, para a definição da programação da atenção à saúde e a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e nos municípios brasileiros. Ela parte do pressuposto de que todos os cidadãos têm acesso igualitário aos serviços de saúde e que demandarão tais serviços de forma organizada no seu próprio município ou em outro município habilitado da sua região de saúde. A PPI tem lógica ascendente e é resultante da definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores municipais e estaduais, e da distribuição de todos os procedimentos oferecidos pelo sistema, concretizada por um documento chamado Termo de Garantia de Acesso (TGA).

aos procedimentos. Quando o gestor precisar de ações e serviços de média e alta complexidade que não estão presentes em seu território, pactua com outro gestor para que ele ofereça essas ações e serviços mediante a transferência dos recursos correspondentes. Além da gestão integrada dos recursos e dos serviços de saúde dentro e fora do município com o objetivo de garantir a todos os serviços de que necessitem, o gestor municipal tem inúmeras responsabilidades adicionais que podem ser listadas a partir da leitura do conteúdo do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM). Esse termo é firmado pelo gestor, com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, e homologado nas demais instâncias de pactuação do SUS.

Nesse termo, incorporado como um instrumento administrativo de responsabilização sanitária dos gestores das três esferas de governo, fica claro de quem é a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde localizados em cada território. Ali também está definido quem fará uso deles, os recursos alocados pelas três esferas de governo para o financiamento do SUS e o conjunto das ações a serem desenvolvidas pelo município com o eventual apoio do estado. Adicionalmente, a pactuação dos objetivos e das metas prioritárias acertadas pelas três esferas de governo é acrescida das propostas que cada município incluiu no seu Plano de Saúde.

A atuação da equipe de saúde é muito importante nesse processo! É desde o diagnóstico de necessidades da população de cada área que se constrói um bom plano de pactuação. A equipe de saúde e a equipe do NASF são responsáveis por detectar, em seu território, todas as ações e serviços de que a população necessita, e não apenas os que são oferecidos na unidade de saúde.

Como você pode ver, o SUS é uma organização bastante complexa, com vários instrumentos regulatórios, pois é necessário que se garanta que cada um cumpra seu papel da melhor forma para que os serviços sejam oferecidos com agilidade e resolutividade. Periodicamente, são revistos os acordos e pactos entre as três esferas de governo, incorporando os avanços e os novos desafios do sistema.

Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde, negociado desde 2003 entre o Ministério da Saúde e representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde. O Pacto pela Saúde, processo de atualização e distribuição das responsabilidades pela formulação, organização, execução e avaliação da política de saúde entre as esferas de governo, incluiu três dimensões:

1. o Pacto pela Vida, que institucionalizou o compromisso dos gestores do SUS com prioridades comuns, tais como a implantação da política de saúde do idoso e de promoção da saúde, o controle do câncer de mama e do colo de útero, a redução da mortalidade infantil e materna e o fortalecimento da Atenção Básica e das ações de vigilância sobre agravos emergentes e endemias. Essas prioridades serão renegociadas sempre que necessário;

2. o Pacto em Defesa do SUS, que procurou reforçar o compromisso dos gestores e da sociedade brasileira com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS através da repolitização da saúde compreendida como política pública e direito de cidadania. O seu objetivo imediato é adequar o financiamento do sistema com as necessidades da população; e
3. finalmente, o Pacto de Gestão, que estabeleceu novas formas de financiamento para a gestão do SUS, através de cinco blocos<sup>5</sup> de financiamento, em que foram definidas nove áreas<sup>6</sup> estratégicas de desenvolvimento da gestão do SUS.

---

5 Os cinco blocos de financiamento são Atenção Básica; Média e Alta Complexidade; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

---

6 As nove áreas estratégicas são Descentralização; Regionalização; Planejamento; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

---

## 2.1 Planejamento e gestão governamental

O planejamento é uma das características mais distintivas do gênero humano em relação aos animais. A percepção de que é possível estimar as consequências futuras de uma ação realizada no presente fez Matus (1993) afirmar que o planejamento é tão somente o cálculo que precede e preside a ação. Em síntese, os seres humanos aplicam-se para garantir que os objetivos desejados individual e/ou coletivamente sejam alcançados através de ações premeditadas, considerando benefícios futuros e custos presentes.

Quando o espaço de análise se amplia para a gestão pública, o planejamento não é mais apenas uma opção à improvisação. Ele é obrigatório como um instrumento de gestão das organizações públicas e acompanha compulsoriamente a execução das políticas públicas.

Todo gestor público se obriga a respeitar as normas do direito público, que estabelece que o gestor só pode realizar alguma ação se for expressamente autorizado a fazê-la. O princípio da legalidade, assim, obriga que, todos os anos, os gestores públicos se comprometam a apresentar ao poder legislativo a previsão das receitas públicas e os gastos que serão realizados pela esfera administrativa correspondente. Aprovadas essa previsão e essa proposta de aplicação dos recursos públicos em ações e serviços de interesse social, o governo está autorizado legalmente a executar tal previsão de receitas e gastos. Esse processo é chamado de processo orçamentário e tem algumas especificidades técnicas que apresentaremos a seguir.

Você já viu as principais correntes e os conceitos fundamentais do planejamento em saúde, com foco para a atuação da equipe de saúde e do NASF. Tais princípios são válidos também para o planejamento e a gestão do sistema de saúde!

Entretanto, no nível da gestão pública, existem outras relações entre esferas de governo, compromissos legais e aspectos orçamentários específicos, os quais serão aqui apresentados. Eles são importantes para que compreendamos a extensão e os limites da atuação dos gestores públicos de maneira a contribuir para a efetiva reivindicação de melhorias para o sistema de saúde. Então, nesta unidade vamos nos ater às especificidades do planejamento e da gestão do sistema de saúde que não estão presentes operacionalmente no planejamento local, quais sejam, o orçamento público e os instrumentos de gestão do sistema.

### 2.1.1 Orçamento público

---

O orçamento público é um instrumento legal em que são previstas as receitas e fixadas as despesas de determinado ente político (União, estados, Distrito Federal e municípios) para o exercício financeiro.

---

A Lei nº 4.320/64, que institui normas gerais de direito financeiro para a elaboração e o controle dos orçamentos e dos balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. (BRASIL, 1964).

O orçamento público apresenta-se como um instrumento importante na gestão dos recursos públicos, já que ele permite que a sociedade controle as despesas efetuadas e as receitas arrecadadas. O orçamento público tem alguns princípios que orientam a sua elaboração: Unidade, Universalidade, Anualidade, Equilíbrio, Publicidade e Clareza. Vejamos alguns detalhes de cada princípio na Figura 2 a seguir.

### **O Princípio da Unidade**

- estabelece que a lei orçamentária deve reunir em um único orçamento todas as receitas e despesas de um ente federado. O orçamento é único em cada esfera: federal, estadual e municipal.

### **O Princípio da Universalidade**

- estabelece que a lei orçamentária deve conter todas as receitas e despesas do ente da federação, ou seja, nenhuma receita ou despesa de qualquer instituição pública deve ficar fora do orçamento.

### **O Princípio da Anualidade**

- estabelece um período limitado de tempo para as estimativas de receita e fixação da despesa, ou seja, o orçamento deve compreender o período de um exercício, que corresponde ao ano civil. Portanto, é o período de tempo entre 01 de janeiro e 31 de dezembro que limita a apuração das receitas e a execução das despesas de um ente público.

### **O Princípio do Equilíbrio**

- orienta os gestores a programar receitas e despesas de um exercício financeiro de forma equilibrada. Assim, não podem ser fixadas despesas no orçamento além do montante de receitas previstas.

### **O Princípio da Publicidade**

- obriga os gestores a darem publicidade aos orçamentos elaborados, para que todos tenham conhecimento das intenções do governo em relação à riqueza social (arrecadada na forma de impostos, taxas e contribuições) que será administrada pelo ente público.

### **O Princípio da Clareza**

- enfim, indica que os orçamentos devem ser suficientemente claros e compreensíveis para que qualquer indivíduo possa entendê-lo.

Figura 2 – Princípios do orçamento público

As determinações legais sobre a prática orçamentária no Brasil estão fundamentadas na Constituição Federal, nos artigos 165 a 169, na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que instituiu normas gerais de direito financeiro para a elaboração e o controle dos orçamentos e das demonstrações financeiras da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, e na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 1964; BRASIL, 2000a).

A Constituição Federal estabelece que o planejamento governamental não tem apenas um orçamento obrigatório por lei, mas três leis orçamentárias que se complementam. O planejamento mais amplo, feito para um período de quatro anos, é chamado de Plano Plurianual (PPA) e é elaborado no primeiro ano de cada gestão para embasar o segundo, o terceiro e o quarto anos da gestão vigente e o primeiro ano da gestão seguinte, quando será novamente elaborado.

A ideia do PPA é de que ele seja uma proposta que ultrapasse o período de um mandato, garantindo continuidade à ação governamental. Durante a vigência do PPA é possível (e necessário) fazer revisões e atualizações (em geral anuais) no seu conteúdo, tornando-o um instrumento sempre orientado pelas estratégias de governo e atualizado pelas necessidades da conjuntura.

A partir dos programas incluídos no PPA, que agregam um conjunto de ações que tenham a mesma finalidade, é possível organizar a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que estabelece todos os anos a previsão da receita para o próximo exercício e indica as prioridades do governo extraídas do PPA.

A aprovação da LDO estabelece os parâmetros para o governo elaborar a Lei do Orçamento Anual (LOA), que corresponde à seleção das ações do PPA que serão realizadas e aos montantes detalhados para cada uma das atividades programadas para as ações do governo no ano seguinte à sua aprovação.

Essas leis, as bases do planejamento governamental no Brasil, estabelecem limites ao poder dos governantes, que não podem, por exemplo, criar impostos que onerarão os contribuintes no mesmo exercício. Elas também obrigam o gestor a discriminar os gastos públicos e seus objetivos, dando transparência à ação governamental e permitindo o controle dos gastos públicos pelos órgãos de fiscalização, pelos representantes da população com mandato (vereadores, deputados e senadores) e diretamente pela sociedade através da participação popular.

---

A estrutura do PPA e da LOA deve ter uma organização programática compatível com as fontes de recursos e as funções habitualmente desenvolvidas pelo executor do orçamento.

---

Por conta disso, desde o Pacto de Gestão, que padronizou os blocos de financiamento do SUS e seus componentes, sugere-se que os municípios criem seus PPA e LOAS na mesma lógica dos blocos de financiamento da Portaria nº 204/2007 (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), pois ela facilitará a captação de recursos de transferências intergovernamentais, a execução orçamentária e o seu acompanhamento.

O ciclo orçamentário é a série de passos ou processos, articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, por meio dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados, avaliados, controlados e têm suas contas julgadas pela Corte de Contas, num processo de contínua realimentação. Como você pode observar, o ciclo orçamentário é maior do que o conceito de exercício, já que ele se inicia no exercício anterior ao de execução do orçamento e se conclui no exercício seguinte ao da execução do orçamento, ocupando praticamente o período de três exercícios (Figura 3).

PPA	PLANO PLURIANUAL – PPA (ELABORA PPA)				PLANO PLURIANUAL – PPA (ELABORA PPA)			
	LDO	LDO	LDO	LDO	LDO	LDO	LDO	LDO
LOA	LOA	LOA	LOA	LOA	LOA	LOA	LOA	LOA
Mandato eletivo do gestor público 1				Mandato eletivo do gestor público 2				Mand
Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5	Ano 6	Ano 7	Ano 8	Ano 9

Figura 3 – Ciclo do planejamento governamental: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei do Orçamento Anual

### 2.1.2 Os instrumentos de gestão do SUS

O ciclo orçamentário do planejamento governamental, instituído pela Portaria nº 3.085, de 2006, inspirou a gestão do Sistema Único de Saúde a desenvolver, nas três esferas de governo, instrumentos de gestão da política de saúde, articulados e integrados com o processo maior de gestão. São eles: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2006).

O Plano de Saúde é, para a gestão da política de saúde, o equivalente ao PPA para a gestão e o planejamento governamental. Assim, o Plano Municipal de Saúde é o instrumento que explicita os projetos de uma esfera de governo no âmbito da saúde, também para um horizonte de tempo de quatro anos. A partir de um diagnóstico da situação de saúde, das condições de saúde e das possibilidades do financiamento e de gestão do sistema, o PMS apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

O Plano de Saúde também é elaborado no primeiro ano de governo e normalmente é discutido em uma conferência de saúde em que o caráter participativo do sistema se expressa em sua forma mais intensa. O Plano de Saúde, depois de elaborado, necessariamente deve ser submetido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, o órgão deliberativo do Sistema Único de Saúde na esfera municipal. A partir da análise do Plano Municipal de Saúde, anualmente o gestor seleciona, dentre as ações ali contidas, as atividades que poderão ser realizadas no decorrer do próximo exercício, elaborando a Programação Anual de Saúde, uma planilha com a síntese das ações, os recursos alocados no orçamento para desenvolvê-las, os objetivos esperados, as metas e os indicadores de acompanhamento.



### Na Prática

Os planos de saúde, depois de aprovados, são publicados e divulgados em páginas oficiais das secretarias de saúde. Você já participou da elaboração do Plano de Saúde do seu município? Sabe o que está previsto para o atual mandato de governo municipal e estadual? Procure se informar a respeito dessas questões!

---

A estrutura da Programação Anual de Saúde é bem simples, deve ser assumida como um plano operacional que indica as ações selecionadas entre as prioridades do Plano Municipal de Saúde e detalha objetivos, metas e recursos necessários para orientar os coordenadores dessas atividades e a execução orçamentária e financeira a cargo do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Veja o Quadro 3 abaixo.

PROGRAMA	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO BÁSICA	MAC
Ação	Informatização das UBS	Implantar ESB na rede municipal de saúde	Ampliação de oferta de consultas especializadas pelo Consórcio
Responsável	Núcleo TI	Gerencia Planejamento e Gestão	Gerencia Planejamento e Gestão
Objetivo	Implantar prontuário	Garantir maior integralidade e resolutividade na atenção básica	Ampliar oferta MAC
Metas	Ligar em rede 50% das UBS eletrônicas	Implantar 3 ESB	Reduzir espera para agendar consulta para 15 dias
Recursos	R\$ 50.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 15.000,00
Obs e Fonte	Cofinanciamento SES	Recursos MS + Cofinanciamento SES + FMS	Definir especialidades

Quadro 3 – Modelo de Programação Anual de Saúde

A cada final de exercício (ano da execução orçamentária), o gestor elabora o Relatório Anual de Gestão, comparando o planejado com o executado, avaliação útil para a elaboração da Programação Anual de Saúde do próximo ano. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados pela gestão, indicando o percentual (%) de realização de cada meta física e/ou financeira estabelecida para cada ação incluída na Programação Anual de Saúde. O detalhamento da aplicação dos recursos repassados pelas outras esferas de governo, através de seus fundos de saúde e dos recursos próprios do município para fins de comprovação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, é importante para garantir transparência à gestão do SUS em cada esfera de governo.

---

As orientações gerais para o fluxo anual de gestão, após a apreciação e a aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, seguem as orientações da Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008.

---

Na Figura 4 é possível verificar como se articula o planejamento governamental com os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde:



Figura 4 – Articulação do planejamento governamental com os instrumentos de gestão do SUS



#### Link

Um modelo básico sugerido para elaborar o Plano de Saúde do município pode ser encontrado no site da SES-SC, disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=215&Itemid=186](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=215&Itemid=186)>.

Da mesma forma, a SES também disponibiliza em seu site uma ferramenta para apoiar os gestores municipais a elaborarem os seus Relatórios Anuais de Gestão, disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=312:elaboracao-do-relatorio-anual-de-gestao-municipal-&catid=405](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=312:elaboracao-do-relatorio-anual-de-gestao-municipal-&catid=405). Elaboração do relatório anual de gestão municipal>.

Você pode saber mais sobre os instrumentos de gestão do SUS lendo o Manual número 2 do PlanejaSUS, juntamente com outros materiais instrucionais do Sistema de Planejamento do SUS, que se encontram disponíveis no site do Ministério da Saúde: BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. 2.ed.Brasília, 2009. (Série Cadernos de Planejamento, v.2).

## 2.2 A gestão financeira da política de saúde

A gestão do sistema de saúde se inicia com o processo de planejamento governamental, com conceitos e princípios semelhantes ao planejamento da unidade local de saúde, acrescidos de obrigações legais e processos regulatórios próprios da gestão pública. Como vimos na unidade anterior, a elaboração do orçamento público cumpre exigências legais e possui vinculações específicas com vários instrumentos de gestão obrigatórios que têm a finalidade de garantir o bom uso de recursos no sistema de saúde.

A destinação de recursos para a saúde é definida constitucionalmente, assim como o fluxo desses recursos, desde o Ministério da Saúde até a unidade de saúde, passando pela gestão estadual e municipal, mediante formas de financiamento e transferência diversificados, mas definidos legalmente e com mecanismos de controle por parte da população.

O Conselho de Saúde e o Poder Legislativo aprovam e autorizam a lei orçamentária anual, que prevê funções e ações prioritizadas no plano orçamentário. Para garantir a máxima transparência e segurança no processo de utilização dos recursos públicos, foram criados alguns instrumentos de gestão financeira e contábil, desde a publicação das leis orgânicas da saúde, sendo o principal deles o Fundo de Saúde.

### 2.2.1 Fundo Municipal de Saúde

Os fundos de saúde são instrumentos de gestão estabelecidos para a administração financeira dos recursos alocados pelas três esferas de governo, com o objetivo de financiar a política de saúde. A sua gestão é feita de forma conjunta, uma vez que envolve a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada.

Na Lei nº 8.080/90, em seu Art. 33, os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a).

As contas especiais, ou fundos, podem ser entendidas, de forma simplificada, como uma conta (ou conjunto de contas bancárias especializadas) que tem como objetivo a execução de uma única política ou ação governamental. Os fundos foram previstos no Art. 71, da Lei Federal nº 4.320/64, sendo conceituados como “o produto de receitas específicas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultado a adoção de normas peculiares de aplicação” (BRASIL, 1964).

As receitas depositadas em um fundo somente serão aplicadas se estiverem vinculadas a dotações consignadas na lei do orçamento ou em créditos adicionais. Uma característica importante dos fundos é de que seus saldos positivos, ao final de cada exercício, salvo restrições da lei de criação do fundo, são transferidos para o exercício financeiro seguinte, o que não acontece no caso de outros recursos orçamentários.

A competência específica pelo controle, pela prestação e pela tomada de contas é do Tribunal de Contas ou órgão equivalente (Art. 71 a 74, Lei Federal nº 4.320/64). Os Conselhos de Saúde, por atribuição legal, também têm função de fiscalização da execução dos recursos dos fundos de saúde.

Enfim, o Fundo Municipal de Saúde é um instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, destinado a gerir centralizadamente, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. O Fundo de Saúde é legalmente considerado uma figura juridicamente constituída, devendo utilizar o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da própria Prefeitura (com alteração do dígito de controle).

Na Lei Orçamentária, ele deve ser incluído como unidade orçamentária própria, e sua operação deve ser comprovada por balancetes, relatórios financeiros mensais e balanços anuais específicos.

O FMS obedece, na execução de suas atividades, às mesmas leis, normas e procedimentos comuns à administração pública, tais como as Leis Federais nº 4.320/64 e nº 8.666/93 e suas alterações; a Lei Complementar nº 101/00 – Lei de Responsabilidade Fiscal; e as leis e as normas municipais complementares (BRASIL, 1964; BRASIL 2000a).

As atividades do FMS podem ser realizadas por servidores da própria Prefeitura, mas a coordenação das suas atividades deve ser exercida pelo secretário de saúde, que é legalmente o ordenador das despesas do fundo. As atividades mais comuns no dia a dia do FMS são a elaboração dos orçamentos e das programações de execução de receitas e despesas; a abertura e controle de contas bancárias; realização de licitações, administração de contratos e convênios; a elaboração de relatórios financeiros; a prestação de contas; a captação de recursos etc.

Nos municípios pequenos, tais atividades podem ser realizadas nas estruturas existentes na Prefeitura (contabilidade, comissão de licitação), evitando-se o acréscimo desnecessário de custos com estruturas paralelas. Municípios de médio e grande porte normalmente optam por montar, na própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estruturas específicas de apoio à operação do FMS, como comissão de licitação, almoxarifado, serviço de contabilidade específica e designação de um gerente/técnico para auxiliar o secretário de saúde na coordenação da execução, do controle e da avaliação dessas atividades, visto que, geralmente, o gestor da SMS não possui formação ou experiência na área de administração contábil e de finanças públicas.

É importante que o planejamento, a administração, o controle e a avaliação dos recursos financeiros da saúde sejam feitos pelo gestor da saúde e pelo conselho de saúde, da forma mais autônoma possível. Infelizmente, a maioria dos municípios ainda não cumpre a legislação e opta por uma gestão centralizada na área administrativa ou financeira da Prefeitura, dificultando o controle social e a aplicação dos recursos de maneira coerente com o estabelecido nos planos de saúde.

O financiamento das ações e dos serviços de saúde executados pelos municípios é uma responsabilidade das três esferas de governo. Para apoiar financeiramente os municípios, os gestores do SUS utilizam mecanismos de repasse de recursos entre esferas de governo, como o caso das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, além de pagamentos/remuneração por serviços produzidos, celebração de convênios, contratos de repasses, entre outros.

### 2.2.2 Transferência fundo a fundo

As transferências fundo a fundo são formas de descentralização de recursos estabelecidas por leis específicas que se caracterizam pelo repasse direto de fundos da esfera federal e/ou das esferas estaduais para fundos das esferas estaduais e municipais, dispensando a celebração de convênios. É uma das formas de o recurso financeiro chegar ao FMS para garantir a execução das ações de saúde.

As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do Fundo Nacional de Saúde (FNS) estão na Lei nº 8.142, de 19 de fevereiro de 1990 (BRASIL, 1990b), regulamentada pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. O Governo de Santa Catarina realiza transferências fundo a fundo para os fundos municipais de saúde, de acordo com a Lei nº 13.333, de 22 de fevereiro de 2005 (SANTA CATARINA, 2005).

Os recursos das transferências fundo a fundo destinam-se à cobertura das ações e dos serviços de saúde executados de forma descentralizada pelas esferas de governo beneficiadas e normalmente são repasses regulares e automáticos, independentemente de convênio ou instrumento congênere.

O depósito é efetuado em contas individualizadas específicas dos fundos, conforme os blocos de gestão da Portaria GM/MS nº 204, de janeiro 2007, e da Portaria nº 1.497, de 22 de junho de 2007 (BRASIL, 2007). A aplicação dos recursos deve ser realizada conforme previsto no Plano de Saúde.

As contas para transferências de recursos regulares e automáticos, na modalidade fundo a fundo, destinadas ao financiamento das ações e dos serviços de saúde com apoio federal, são abertas pelo próprio Fundo Nacional de Saúde, por meio de processo automático, para todos os blocos de financiamento e poderão ser creditadas e movimentadas, a critério do gestor, mediante Termo de Adesão, em instituição financeira conveniada com o Fundo Nacional de Saúde.

Como exposto anteriormente neste módulo, os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme poderemos observar no exemplo abaixo. Dentre os cinco blocos estabelecidos pelo Pacto de Gestão, temos o da Atenção Básica, cujos recursos devem ser aplicados exclusivamente nas ações e nos serviços de saúde relacionados à Atenção Básica.

Os componentes do Bloco da Atenção Básica são o Piso da Atenção Básica Fixo (PAB fixo), o Piso da Atenção Básica Variável e recursos para ações relacionadas com a Saúde da Família, como o pagamento dos agentes comunitários de saúde, a Saúde Bucal, a Compensação de Especificidades Regionais (5% do teto do bloco), o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, o Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, além de outros que podem ser instituídos por meio de ato normativo específico. Nesse bloco está incluído o financiamento dos NASF.

A utilização dos recursos de cada bloco é restrita ao estabelecido nas normas emanadas pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, é vedada a utilização dos recursos desse bloco para o pagamento de servidores inativos, servidores ativos que desempenham atividades em outros níveis de atenção e na gestão, gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções associadas com os serviços relativos ao bloco, assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado e obras de construção novas, exceto as que se referem às reformas e às adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

A regra geral aplicável para a gestão dos fundos é a de que os recursos referentes a cada bloco de financiamento (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e de Gestão do SUS) devem ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo sempre estar previstos no respectivo Plano de Saúde.

### 2.2.3 A Emenda Constitucional nº 29

A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), aprovada no final do ano 2000, contribuiu para estabelecer de forma mais clara e concreta a responsabilidade das três esferas de governo pelo financiamento do SUS. A EC29 alterou vários artigos da Constituição Federal (arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198) e acrescentou um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde no país (BRASIL, 2000b).

Pela EC 29, ficou definido que a União corrigiria anualmente o orçamento federal destinado à saúde pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados ficaram obrigados a alocar, na função saúde, um percentual mínimo da receita líquida de impostos e transferências constitucionais e legais estabelecido em 12%. Os municípios assumiram a responsabilidade de utilizar pelo menos 15% das suas receitas líquidas em saúde.

Ficou definido na Constituição que a cada cinco anos, por meio de Lei Complementar, o financiamento do SUS deverá ser reavaliado. No caso de não haver a edição de lei, os critérios válidos continuarão a ser os estabelecidos na própria EC29.

Por conta desse dispositivo constitucional, há vários anos (desde 1996, pelo menos) uma grande luta é travada no Congresso Nacional, buscando-se, através da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, um novo arranjo federativo que permita ampliar os recursos para o financiamento do SUS, a ser feito com a ampliação do financiamento federal e o esclarecimento definitivo do conceito de gasto em saúde, hoje usurpado para usos indevidos por muitos estados e municípios.

Em 2011, após inúmeras negociações políticas e debates sociais, a EC29 foi regulamentada, mantendo os mesmos parâmetros previstos anteriormente.



#### Link

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) possibilita o acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Ele está disponível no site do DATASUS, disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=03>>.

Procure conhecer os relatórios disponibilizados pelo sistema! Vá ao site indicado e veja o desempenho financeiro do seu município no último exercício nos relatórios disponibilizados pelo SIOPS.

---

## 2.3 Gestão do acesso regionalizado aos serviços de média e alta complexidade

Como vimos anteriormente, as regiões de saúde são áreas territoriais características que conformam um espaço estratégico para a organização dos serviços de atenção à saúde com racionalidade e equidade. Vamos ver agora um pouco sobre a gestão do acesso na perspectiva da regionalização.

A organização da rede de ações e serviços, em uma lógica de regionalização e hierarquização, baseada em critérios que levem em conta as necessidades de saúde da população, demanda certa racionalidade na organização dos serviços (que devem se orientar por critérios de complexidade crescente, qualidade, economia de escala, compatibilidade entre disponibilidade de profissionais e tecnologias), garante o acesso e a qualificação das portas de entrada (Atenção Básica em geral, pronto-atendimento e emergências) e assegura os fluxos e as referências para todos os serviços necessários, superando os limites político-administrativos e as barreiras geográficas.

A superação dos desafios referentes à descentralização e à regionalização passa necessariamente pelo uso de instrumentos de planejamento e gestão sofisticados, entre os quais se coloca a Programação Pactuada e Integrada (ambulatorial e hospitalar) e o processo de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Já tratamos rapidamente da PPI em páginas anteriores, mas teremos que retomá-la com mais detalhes. A PPI depende do equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços de média e alta complexidade na região, além do cumprimento dos termos de garantia de acesso, acordos e pactos estabelecidos entre gestores. Infelizmente, os atrativos monetários para a contratação de serviços de saúde e as limitações para ampliar os serviços públicos têm desequilibrado a oferta em relação à demanda, produzindo atrasos no agendamento de procedimentos urgentes e demanda reprimida para consultas especializadas e procedimentos de média e alta complexidade.

As possibilidades para solucionar esse problema incluem

- a) a qualificação da Atenção Básica, aumentando a resolutividade da atenção oferecida no nível primário e, portanto, reduzindo os encaminhamentos para outros níveis de atenção;
- b) a construção de protocolos administrativos e clínicos, definindo mais claramente os critérios para priorizar os encaminhamentos e os fluxos que deverão ser respeitados para a garantia de acesso;
- c) a implantação de sistemas de regulação que avaliem as solicitações e priorizem os casos mais urgentes, pois tem tido bons resultados onde foram implementados esses sistemas; e
- d) a oferta adicional de serviços e/ou procedimentos através da contratualização de novos prestadores, a compra de serviços adicionais através de consórcios ou a implantação de novos serviços públicos para atender à demanda mais prevalente.

---

Sem dúvida, a regionalização dos serviços é o desafio atual mais presente nas discussões de gestores! Os diversos instrumentos de gestão previstos com a finalidade de viabilizar as regiões de saúde ainda carecem de atenção por parte de muitos gestores e trabalhadores da saúde.

---

O Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada são ferramentas de planejamento técnico e financeiro da política de saúde na lógica da regionalização solidária proposta pelo Pacto pela Saúde.

A concretização dos compromissos assumidos pelos gestores ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão exige um processo amplo de negociação e consenso entre os gestores do SUS, já que só o cumprimento dos compromissos assumidos pelos gestores de forma responsável é que pode garantir o acesso e a integralidade da atenção à saúde. Tais compromissos estão expressos na Programação Pactuada e Integrada, em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização e com o Plano Diretor de Investimento.

### 2.3.1 O Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização pode ser entendido como um artifício de planejamento no qual a definição de variáveis como o território, a população e o perfil da oferta de serviços ajuda a pensar como montar fluxos e otimizar o acesso dos pacientes aos serviços de que necessitam. Nessa perspectiva, ele se assemelha bastante ao processo de territorialização no planejamento local.

Por outro lado, o PDR é também um instrumento-processo de promoção de cooperação e solidariedade entre gestores, estimulando a gestão loco-regional e processos de cogestão do território orientada para a gestão dos compromissos expressos nos termos de compromisso de garantia de acesso da Programação Pactuada e Integrada da Assistência. Nessa perspectiva, ele adquire caráter político preponderante, em que os interesses e as possibilidades regionais precisam ser conciliados com vistas à regionalização.

O Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina (2008) foi aprovado nas instâncias colegiadas do SUS com o objetivo de estabelecer um conjunto de territórios o mais homogêneo possível, em que possa se dar garantia de acesso do cidadão a um conjunto de ações e serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde. Apresenta os pontos de concentração da demanda e da oferta, os fluxos de pacientes, os limites territoriais e a população residente em cada município que compõe a região de saúde.



#### Link

Conheça o PDR 2008! Na página da SES-SC, em Planejamento em Saúde, Instrumentos de Gestão, você pode obter cópia completa do documento.

A Deliberação nº 245, de 20 de novembro de 2008, aprovou as diretrizes para a reformulação do Plano Diretor de Regionalização de Santa Catarina, que você pode acessar em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=123&Itemid=128](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=123&Itemid=128)>.

---

### 2.3.2 O Plano Diretor de Investimento

O Plano Diretor de Investimento reflete as possibilidades de negociação de prioridades regionais e a alocação de recursos de investimento tripartites que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

As dificuldades para garantir o compromisso de acesso a todas as necessidades de saúde em cada região de saúde (até o limite definido pelo PDR e pela PPI) são indicadores de oportunidades de investimento para superar a carência de serviços ou o subdimensionamento de equipamentos.

O PDI deve também considerar a integralidade da atenção, incluindo investimentos em serviços e ações de vigilância e promoção em saúde.

### 2.3.3 A Programação Pactuada e Integrada

A Programação Pactuada e Integrada é um grande processo planejado de alocação de recursos a partir dos critérios e dos parâmetros pactuados entre os gestores, com carências ou pleora de serviços de média e alta complexidade, sob sua gestão. A partir de acordos, os gestores explicitam pactos de referência pelos quais um município assume atender a população de outro município, ambos integrados à mesma região de saúde e/ou macrorregião, passando a receber, além dos recursos destinados ao atendimento de sua própria população, os da população a ele referenciada.

A PPI também tem por objetivo organizar as redes de serviços, dando concretude aos fluxos estabelecidos, e definir os limites financeiros destinados à assistência da população de cada município.

O Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde, consolidada na PPI da Assistência. A PPI da Assistência, em sua totalidade, é aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), desde os parâmetros utilizados, que resultam no teto por grupo (macroalocação), os critérios de distribuição e a avaliação dos recursos financeiros, até as referências pactuadas e o cumprimento dos compromissos de garantia de acesso. No caso de não cumprimento desse compromisso, a CIB regularmente reavalia e altera as referências pactuadas sempre na tentativa de garantir o acesso aos serviços não disponíveis no município detentor de necessidades não atendidas.

A Ficha de Programação Orçamentária (FPO) é um documento de responsabilidade de cada gestor e que registra a programação física (o número de procedimentos programados) e orçamentária (os recursos alocados para o pagamento dos

serviços programados) de cada unidade produtora de serviços de média e alta complexidade, e não deve ultrapassar o teto definido na PPI. A PPI da Assistência em vigor foi aprovada pela Deliberação CIB nº 270, de 16 de dezembro de 2008, que propôs novos parâmetros e critérios, atualizou os custos médios, incorporou a nova tabela integrada do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e atualizou a população com base nas estimativas do IBGE de 2007.

Acompanhe um exemplo de como funciona o processo da PPI: a PPI da Assistência incorpora a programação de distribuição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) com base na população de 2007, estabelecendo o percentual de 7% dessa população por ano para as internações de média complexidade e 0,33% para as internações de alta complexidade hospitalar, reguladas através de uma AIH específica que é utilizada apenas para procedimentos nas áreas de cardiovascular, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia oncológica, transplantes, gastroplastia e lábio palatal.

Alguns serviços, pela sua importância estratégica, pela ausência de parâmetros que possam definir os tetos físicos e financeiros ou por outros motivos, são financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), que, por não estar detalhado na PPI, possui teto praticamente livre para a produção de serviços.

## Tratamento Fora de Domicílio

O Tratamento Fora de Domicílio é um instrumento legal que possibilita o encaminhamento de usuários do SUS a outras unidades de saúde, com financiamento programado dentro da PPI, a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitada ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

Para requerer o TFD, deve ser apresentado o Laudo Médico preenchido pelo médico assistente no município de origem, inclusive com código do procedimento solicitado. O pedido é preenchido pela Secretaria Municipal de Saúde. As cópias dos laudos de exames realizados devem ser anexadas ao processo. A responsabilidade pelo deslocamento dos usuários dentro do estado é da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive quando ocorrer óbito. A responsabilidade pelo deslocamento dos pacientes fora do estado é da Secretaria de Estado da Saúde, inclusive quando ocorrer óbito. As despesas com passagens e diárias são pagas tendo como referência a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Meios de Locomoção (OPM), do SUS.



### Link

Se você quer conhecer melhor como funciona o TFD, leia o manual estadual de Tratamento Fora de Domicílio, disponível em <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=110&Itemid=130](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=130)>.

---



### Ambiente virtual

No Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem você encontra disponível um texto que aborda a Gestão da Assistência Farmacêutica. Essa é uma forma de acompanhar parte dos procedimentos administrativos colocados de maneira genérica neste módulo, na orientação das necessidades de medicamentos para atenção integral à saúde dos usuários do SUS. Acesse o Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem do seu curso e amplie os seus conhecimentos.

---

A seguir você encontrará a sugestão de um link indicando várias informações importantes sobre a legislação do SUS.



### Link

Informações referentes à legislação do SUS, a conselhos de saúde e a conferências de saúde poderão ser encontradas no site do Conselho Estadual de Saúde, disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50&Itemid=65](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=65)>.

Para acessar a PPI do seu município, entre no site da SES, em Programação Pactuada e Integrada, disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=115&Itemid=133](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=133)>. No mesmo menu de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, procure os Termos de Compromisso de Alta Complexidade, disponíveis em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=147&Itemid=82](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=147&Itemid=82)>.

---

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você foi apresentado a um conjunto de procedimentos e normas relacionados com a gestão administrativa de políticas públicas, em geral, e do Sistema Único de Saúde, em particular. Você pôde perceber que muitos processos ocorrem fora da unidade de saúde, mas são essenciais para que os princípios do SUS sejam cumpridos no momento do atendimento realizado pelo profissional de saúde. Esses processos incluem a elaboração do Plano Plurianual e do Plano Municipal de Saúde, da Lei do Orçamento Anual e da Programação Anual de Saúde, das Prestações de Contas e do Relatório Anual de Gestão, bases para a alocação de recursos financeiros em equipamentos, materiais, atividades e ações necessárias para atender às necessidades da população. A agregação das necessidades de saúde em territórios-população e a garantia de acesso aos serviços e aos procedimentos de média e alta complexidade também exigem instrumentos complexos de planejamento, programação física e financeira, como o caso do PDR, da PPI, da FPO e do TFD, entre outros. Fica claro que a concretização do direito à saúde é uma tarefa que associa desafios técnico-operacionais, que serão abordados nas unidades que se seguem, com responsabilidades administrativas e políticas, algumas das quais recém-apresentadas, que incluem a produção de acordos em torno de recursos, objetivos e estratégias com a representação da comunidade nos conselhos de saúde e nas casas legislativas, e a execução de procedimentos para aquisição de materiais, pagamento de profissionais etc., seguindo rigorosa normatização legal.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 mar. 1964. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L4320.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 4 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 17 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 de set. 2000b. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/Emendas/emenda0292000.htm>>. Acesso em: 4 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085**, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085\\_01\\_12\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html)>. Acesso em: 23 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.497**, de 22 de junho de 2007. Estabelece orientações para a operacionalização dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo em conta única e especificada por bloco de financiamento. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1497.htm>>. Acesso em: 3 set. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva** (instrumentos básicos). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso333.doc>>. Acesso em: 14 set. 2010.

CHORNY, A. H. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, v. 73, p. 5-30, 1998.

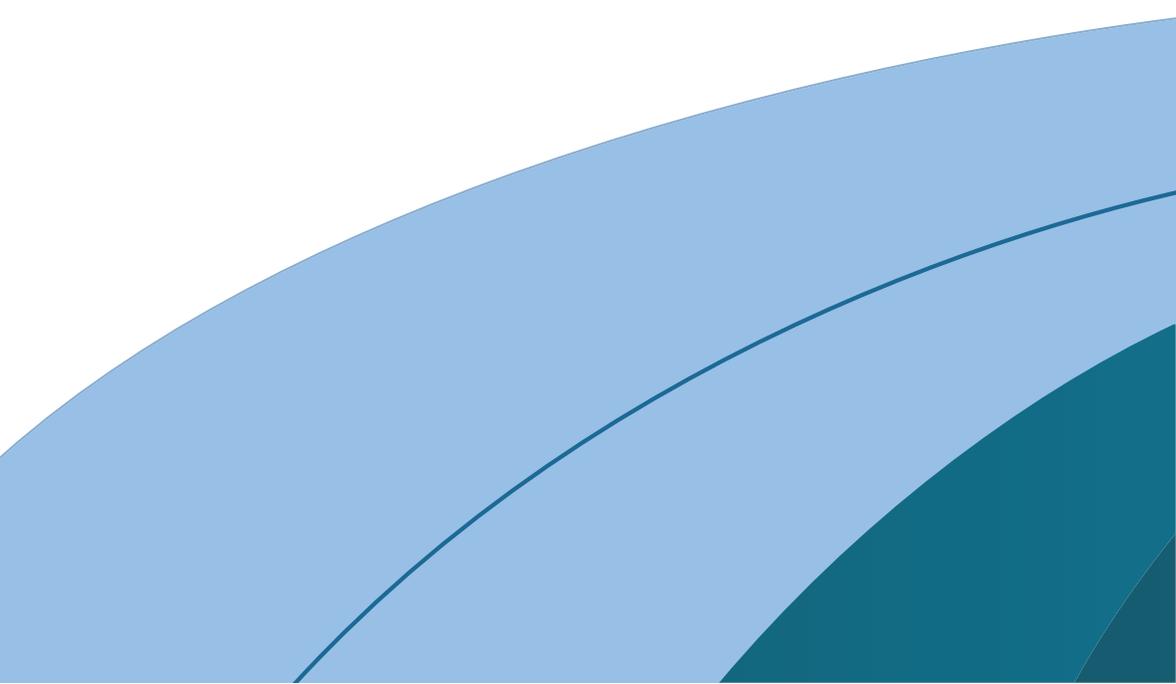
MATUS, C. **Política planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993. 591 p.

SANTA CATARINA. Lei nº 13.333, de 22 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferências de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e estabelece outras providências. **Diário Oficial**, Florianópolis, 22 fev. 2005. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/politica\\_descentralizacao/eixo4/13333\\_2005\\_lei.doc](http://www.saude.sc.gov.br/politica_descentralizacao/eixo4/13333_2005_lei.doc)>. Acesso em: 4 set. 2010.



Gestão e Avaliação na Atenção Básica

# Unidade 3



## 3 AVALIAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

---

Não há como fazer gestão sem avaliar o que estamos fazendo, as decisões tomadas e os resultados alcançados! Frequentemente temos que rever o caminho, estimar os recursos, analisar as expectativas e o cumprimento de metas.

---

A avaliação está no nosso dia a dia, nas questões domésticas, particulares e de trabalho. Cada coisa que decidimos fazer, mesmo instintivamente, foi resultado de uma avaliação sobre tempo, recursos, viabilidade. Para decisões rotineiras, o processo não precisa ser sistematizado, não utiliza fórmulas ou ferramentas, sendo suficientes nossa experiência e conhecimento. Também no trabalho algum tipo de avaliação é necessário para chegar a conclusões que auxiliem avançar de maneira estruturada.

Então vamos começar pelo princípio, que é saber o que é uma avaliação.

Avaliar significa “emitir um juízo de valor” sobre alguma coisa. Todos nós passamos grande parte do tempo avaliando situações, pessoas, objetos, e cada um pode atribuir diferentes juízos de valor para uma mesma situação. Esse processo automático de avaliação, inerente ao ser humano, consiste em um “julgamento particular” sobre as coisas.

Outra forma de avaliação é aquela que estabelece um valor monetário sobre determinado objeto ou serviço. Quando colocamos um imóvel à venda, ele passa por uma avaliação na qual um corretor de imóveis determinará um valor monetário para ele. Pode ocorrer que o valor definido pelo corretor não coincida com a nossa avaliação do mesmo imóvel ou com a avaliação de outro corretor de imóveis.



### Na Prática

Isso nos leva a pensar que a avaliação não tenha um resultado confiável ou consistente? Lembremo-nos das avaliações escolares: após o desenvolvimento de determinado conteúdo pedagógico, os alunos são avaliados para que seja emitido um juízo de valor sobre seu aprendizado. Quem define o que será avaliado? Como é emitido o juízo de valor? Será que alunos e professores possuem opiniões concordantes aos resultados?

---

Esses exemplos do cotidiano e as perguntas formuladas ilustram alguns dos vários aspectos envolvidos no processo de avaliar. Por isso não se pode falar apenas em “avaliar” determinado objeto, ação ou serviço. Há a necessidade de estabelecer precisão ao ato de avaliar, determinando critérios claros, definindo parâmetros, considerando os atores envolvidos, incorporando os aspectos culturais e institucionais inerentes ao que é avaliado.

Nas próximas seções procuraremos discutir essas questões em relação à avaliação em saúde, mais especificamente nas unidades locais de saúde.

### **3.1 Avaliação em saúde**

Existem muitas concepções sobre saúde e suas práticas. A cada uma delas associam-se diferentes definições e técnicas de avaliação dependendo do enfoque adotado, que varia desde a avaliação do cuidado individual até a avaliação de complexos sistemas nacionais de saúde, e muitas técnicas e métodos de avaliação têm sido desenvolvidos e aplicados.

Das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, o modelo mais empregado é o de Donabedian (1980), de estruturação sistêmica, que estabelece a tríade “estrutura–processo–resultado”. Tal modelo apresenta três componentes da avaliação. Veja alguns detalhes na sequência na Figura 5 – Modelo de avaliação em saúde:

### Avaliação da “estrutura”

- Realizada com indicadores organizacionais, que indicam a existência de recursos, fluxos e protocolos, considerando fatores como a hierarquização do atendimento, a padronização dos procedimentos, os sistemas de informação, a produção dos serviços, os recursos humanos, a estrutura física e os equipamentos. Os resultados são expressos quantitativamente, geralmente através de números absolutos ou percentagens, e permitem conhecer as ações implantadas, a cobertura populacional e o desempenho dos serviços nos aspectos gerenciais.

### Avaliação de “processo”

- Realizada com indicadores que reflitam a forma de atuação; consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A sua execução envolve, por exemplo, auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisas de opinião pública, entre outras.

### Avaliação de “resultado”

- Realizada com indicadores que expressem os reflexos das medidas implementadas na saúde da população e as alterações nos perfis epidemiológicos.

Figura 5 – Modelo de avaliação em saúde  
Fonte: DONABEDIAN, 1980.



#### Link

Para ver uma adaptação desse modelo aplicado à Estratégia Saúde da Família, em Santa Catarina, leia o artigo **Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil**, de Henrique e Calvo, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>>.

O mesmo autor propôs os sete pilares da qualidade como uma alternativa para avaliar objetos mais complexos. São eles:

- a) **eficácia** – o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis;
- b) **efetividade** – melhoria na saúde nas condições usuais da prática cotidiana;
- c) **eficiência** – custo com o qual dada melhoria na saúde é alcançada;

- d) **otimização** – efeitos do cuidado da saúde relativamente aos custos;
- e) **aceitabilidade** – atender aos desejos, às expectativas e aos valores dos usuários;
- f) **legitimidade** – aceitabilidade pela comunidade ou pela sociedade em geral; e
- g) **equidade** – ser justo na distribuição do cuidado na população.

Para a atuação na Equipe de Saúde da Família, é especialmente importante a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que é uma metodologia desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família avaliar a qualidade dos processos na equipe e na gestão. São cinco instrumentos de autoavaliação (gestor municipal da saúde, coordenação da Equipe de Saúde da Família, unidade de Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, profissionais de nível superior da Saúde da Família) que possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. Essa metodologia será discutida em uma seção específica.

Mais recentemente (2011), o Departamento de Atenção Básica (DAB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) propuseram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com instrumentos específicos de autoavaliação e avaliação externa. Também veremos essa proposta em uma seção específica.



### Na Prática

Frequentemente as unidades de saúde são chamadas a oferecer informações que vão subsidiar alguma avaliação, desde o preenchimento de cadastros e sistemas que vão gerar indicadores de pactos, até formulários específicos ou entrevistas para pesquisas de avaliação. Toda avaliação em saúde depende, em grande parte, da origem do fato, de onde as coisas acontecem e são realizadas. E muita coisa em saúde, a maior parte, acontece e tem origem na unidade local de saúde. Pense um pouco nos diferentes processos de avaliação em saúde que você conhece, dos quais já participou!

---

### 3.2 Tipos da avaliação

Pensando nas diferentes possibilidades de avaliação, várias perguntas podem surgir: o que vou avaliar, a quem interessa essa avaliação, qual a finalidade dessa avaliação, quem vai participar dessa avaliação e o que vai fazer com essa avaliação. Todos esses questionamentos são muito importantes para definir as tipologias de avaliação.

Novaes (2000) construiu uma tipologia de modelos para avaliação em saúde, a partir de um conjunto de critérios sintetizados no quadro que aparece a seguir. A autora identificou três linhas predominantes de abordagens para avaliação em saúde, quais sejam, avaliação de tecnologia em saúde, avaliação de programas de saúde, avaliação da gestão e garantia de qualidade em saúde, todas com grande aplicabilidade nos serviços de saúde. Entretanto, ela identifica que a prática de avaliação ainda participa de forma marginal no processo de tomada de decisão.

CRITÉRIOS	TIPOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE		
	INVESTIGAÇÃO AVALIATIVA	AVALIAÇÃO PARA DECISÃO	AVALIAÇÃO PARA GESTÃO
OBJETIVO	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
ENFOQUE PRIORIZADO	Impactos	Caracterização e Compreensão	Caracterização e Quantificação
METODOLOGIA DOMINANTE	Quantitativo, experimental, quase-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
CONTEXTO	Controlado	Natural	Natural
UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
JUÍZO FORMULADO	Hipóteses	Recomendações	Normas
TEMPORALIDADE	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado/contínuo

Quadro 4 – Caracterização de tipos de avaliação em saúde  
Fonte: NOVAES, 2000.

Os pesquisadores e os profissionais técnicos da área, executando atividades-fim ou atividades-meio, desenvolvem avaliações para o conhecimento do objeto. Tal conhecimento subsidia as opções clínicas e organizacionais para a melhor indicação das ações. Para a produção científica interessa que essas avaliações sejam orientadas por hipóteses, buscando associações entre as ações e os resultados observados. Cabe destacar que as avaliações acadêmicas e técnicas, com o objetivo fundamental de conhecer o objeto, nem sempre subsidiam a decisão, dado que a decisão é influenciada por muitos outros fatores além dos diagnósticos técnicos (GAIRIN-SALLÁN, 1993).

Os gerentes de serviços e os assessores técnicos especializados devem se preocupar com avaliações que ofereçam informações para aprimorar os programas e os serviços de saúde. Essas avaliações devem ser dinâmicas para acompanhar as frequentes alterações dos objetos avaliados. São sustentadas por sistemas de informação ágeis, capazes de fornecer as informações necessárias para quantificar eventos, produzir indicadores e identificar problemas rapidamente. O monitoramento em saúde é uma das formas de avaliação realizadas com a finalidade de aprimoramento. Além de identificar os problemas rapidamente, o monitoramento deve produzir respostas ágeis aos problemas detectados. Normas e critérios devem estar previstos para medidas de correção. O monitoramento dos indicadores do pacto e a vigilância epidemiológica de agravos são exemplos dessa forma de avaliação.

A avaliação para subsidiar a decisão deve responder às questões levantadas por aqueles que vivenciam o objeto a ser avaliado (programa de saúde, modelo de assistência), sendo o conhecimento e a vivência do avaliador sobre o objeto decisivos nesse processo de avaliação. O enfoque prioritário é identificar os problemas relacionados ao objeto de avaliação e estabelecer estratégias para a resolução desses problemas, produzindo assim recomendações positivas em relação aos problemas identificados. Veja a Figura 6 – Finalidades da avaliação (NOVAES, 2000):

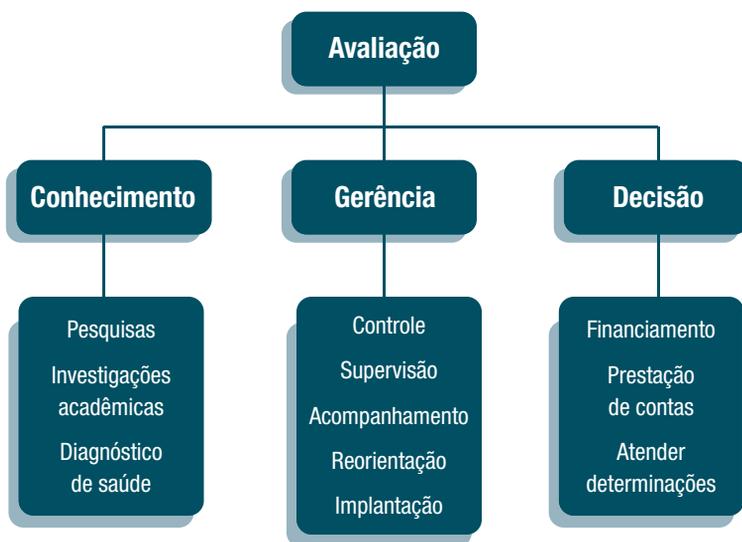


Figura 6 – Finalidades da avaliação  
Fonte: NOVAES, 2000.

O momento de fazer a avaliação, ou o estágio de desenvolvimento do que se vai avaliar, define outra classificação, relativa ao momento em que ela é realizada, que costuma ser identificado como *ex-ante* e *ex-post*<sup>7</sup>, caso ocorra antes ou depois

---

7 *ex-ante* – antes do evento  
*ex-post* – depois do evento

---

de iniciada a ação a avaliar. A avaliação *ex-ante* é realizada para identificar os aspectos positivos e negativos antes de iniciar a atividade, permitindo que se decida sobre a pertinência e a adequação de sua implantação da forma como foi planejada. A avaliação *ex-post* ocorre após a implantação da atividade, enquanto está sendo executada ou após sua conclusão, e permite identificar necessidades de alteração e mudanças ocorridas desde a situação inicial.

Um exemplo de avaliação *ex-ante* é aquela realizada por financiadores de projetos, que avaliam as propostas para ver se vão financiar ou não o que está proposto. E um exemplo do tipo *ex-post* é a avaliação de impacto, realizada após meses ou anos do término da atividade, quando se considera que houve tempo para alcançar o impacto esperado.

Quanto à sua natureza, a avaliação pode ser classificada como normativa ou avaliativa. Na avaliação normativa há a intenção clara de medir e julgar uma intervenção a partir de normas, critérios e metas estabelecidos em procedimentos normativos definidos – legais ou técnicos. Essa avaliação é bastante frequente em fases iniciais de implantação de ações, programas e serviços, em que os resultados e impactos ainda são de difícil aferição.

A pesquisa avaliativa pretende julgamento a partir de métodos científicos, desde a análise da pertinência dos fundamentos teóricos, da produtividade e de resultados de uma intervenção, relacionando-os com o contexto no qual se situa. A comparação com normas e padrões preconizados não é suficiente nesse tipo de avaliação, que deve ser aplicado em momento de implantação consistente da intervenção sob julgamento. Nessa modalidade de avaliação deve estar incluída a perspectiva de propor alternativas aos problemas identificados.



### Na Prática

Ao pensar na sua atuação, quais são as avaliações necessárias para identificar os problemas e propor soluções? No processo de planejamento, ao identificar os problemas, suas causas e consequências, você está fazendo uma avaliação! E, quando propõe as intervenções, já deve prever uma forma de avaliar se sua solução foi adequada para melhorar a situação de saúde na qual desejou intervir.

---

O tipo de avaliação depende em grande parte do interessado na avaliação. Quem vai usar ou tomar uma decisão a partir dessa avaliação? Diferentes atores têm diferentes interesses. Os gestores, responsáveis pela condução política do sistema ou do programa de saúde, buscam indicadores de viabilidade, legitimidade e utilidade mais vinculados aos aspectos ideológicos do que aos aspectos técnicos. Para a tomada de decisão, faz-se necessária a avaliação das questões políticas envolvidas no processo, além de argumentos para justificar os recursos e os esforços envolvidos e para conseguir novos investimentos.

Para os profissionais de saúde existem outras prioridades a serem avaliadas, assim como para os usuários dos serviços. As avaliações com usuários são, em geral, pesquisas de satisfação, que têm sido insuficientes para captar as reais percepções da população e para provocar mudanças na organização. Ao usuário e à sociedade certamente não interessam prioritariamente os aspectos políticos e técnicos dos serviços de saúde, mas a acessibilidade, a resolubilidade e o acolhimento. Enfim, ser atendido com gentileza e ter seus problemas de saúde resolvidos ou minimizados (BRASIL, 2005).

Os indicadores pactuados, os dados de mortalidade e morbidade, e os índices de produtividade são os mais frequentemente acompanhados por assessores e profissionais de saúde. Como já vimos anteriormente, consistem em processos de diagnóstico e monitoramento, e não em avaliações para a tomada de decisão, mas são extremamente necessários e úteis para garantir a qualidade das ações e dos processos realizados (NOVAES, 2000).

O trabalhador da saúde no setor público depara-se rotineiramente com graves problemas de morbidade enfrentados pela população e, muitas vezes, enfrenta grandes dificuldades para dar os encaminhamentos adequados aos casos. Essas dificuldades decorrem da própria estrutura dos serviços e da limitação de oferta de alguns procedimentos pela rede pública. Sendo assim, podem ser frequentes as frustrações com seu trabalho. Para atuação na Estratégia Saúde da Família, a avaliação de maior utilidade é a que vai buscar identificar elementos para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a situação de saúde da população.



### Na Prática

Procure analisar as diferentes propostas de avaliação com as quais já teve contato e tente identificar o interessado naquele resultado, quem vai utilizar aquela avaliação para decidir alguma coisa.

---

Os objetos da avaliação em saúde são diversos, desde um procedimento específico até um sistema de saúde, cada um com diferentes características, objetivos e estratégias. Então, serão diferentes os processos de avaliação, suas técnicas e objetivos.

Ao avaliar uma ação específica de saúde, a característica técnica é prioritária, levando a considerar o processo de execução da ação e se os padrões de excelência são obedecidos. Além disso, podem ser avaliados a cobertura da ação e seu impacto sobre a saúde da população. Esses aspectos são perfeitamente contemplados na proposta de avaliação de Donabedian, que propôs a tríade estrutura–processo–resultado justamente para avaliar procedimentos em saúde.

Programas e serviços de saúde constituem outro estágio de complexidade do objeto, pois agrupam diversas ações de saúde. Eles podem ser avaliados a partir de cada uma de suas ações, mas nem sempre essa avaliação é suficiente para responder a questões essenciais de planejamento. Para saber se determinado programa ou serviço de saúde é a melhor forma de atingir o objetivo definido, pode ser adequado utilizar abordagens que agreguem as questões administrativas aos aspectos técnicos. A proposta da AMQ caminha nesse sentido, oferecendo instrumentos de avaliação para as diversas ações e para os diferentes atores envolvidos na ESF. Veremos essa proposta em uma seção específica.

Para avaliar um sistema de saúde que agrega vários serviços e programas, a abordagem técnica também não é suficiente. Serão incorporados aspectos políticos e econômicos e todos os atores envolvidos, incluindo usuários e trabalhadores. Esses constituirão fonte primordial de informações para a avaliação da relevância e da efetividade do sistema (ver Figura 7 – Exemplos de objetos de avaliação em saúde).

Dentre as várias propostas multidimensionais para avaliação de sistemas de saúde, um exemplo local é a Avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina, que desde 2007 avalia a gestão municipal da Atenção Básica em todos os municípios catarinenses. No último ano (2011), surgiram várias propostas multidimensionais de avaliação do SUS, cada uma com finalidade específica e referencial próprio. Vamos destacar duas dessas propostas que tiveram grande repercussão.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador sintético do desempenho do Sistema Único de Saúde quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é um programa que procura ampliar acesso e qualidade na Atenção Básica, utilizando modalidades de avaliação da gestão em vários níveis, incluindo a Equipe de Saúde da Família. Para isso, utiliza diversos processos de avaliação, incluindo uma avaliação externa que deveria corresponder quase a um processo de acreditação, aferição de qualidade. Também no PMAQ o foco é acesso e qualidade. Veremos um pouco mais do IDSUS e do PMAQ adiante.

Na Figura 7 vemos alguns exemplos de objetos de avaliação em saúde. Vejam que, de acordo com a complexidade do objeto, são propostas alternativas diferenciadas de avaliação.



Figura 7 – Exemplos de objetos de avaliação em saúde

Em se tratando da avaliação em Unidades Locais de Saúde, em que o objeto é a Atenção Básica, foram estabelecidos alguns pressupostos em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os quais podem orientar as propostas de avaliação nas Equipes de Saúde da Família. Dentre eles, destaca-se que a avaliação em saúde é um processo contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos nos serviços de saúde, com temporalidade variável, que inclui aspectos técnicos e de negociação entre os envolvidos. O processo de avaliação é mediado por relações de poder, e é fundamental assegurar a participação democrática dos envolvidos.

Como percebemos, a literatura apresenta uma grande diversidade de tipologias para classificar a avaliação na tentativa de resumir a realidade de maneira a fazer compreender processos que são, na verdade, bem mais complexos. Todavia, sempre devemos atentar ao fato de que deve haver uma indicação adequada para realizar um ou outro tipo de avaliação.



### Na Prática

Investigue se sua unidade forneceu dados para alguma avaliação – de serviço ou pesquisa. Que tipo de avaliação era? Com essas novas aproximações aos conceitos de avaliação, verifique as avaliações que poderiam ser realizadas no seu trabalho.

### 3.3 Técnicas e instrumentos para avaliação



#### Na Prática

Agora podemos pensar em outra questão: como vou avaliar? São muitas as técnicas e os instrumentos desenvolvidos para avaliação, todos eles comuns aos processos da pesquisa científica e do planejamento dos serviços.

O primeiro elemento necessário para o desenvolvimento do processo avaliativo é a tradução do fenômeno que vamos avaliar. Essa tradução é realizada com os dados do fenômeno. Os dados são valores, números, palavras, frases, que precisam ser analisados para oferecerem informação. Quando são obtidos em investigações, entrevistas, documentos, observações, por meio de procedimentos que nós mesmos conduzimos, são denominados “primários”. Quando são obtidos por meio de consulta a bancos de dados ou relatórios, publicados e conduzidos por outras pessoas ou instituições, são denominados “secundários”.

O local de onde saem os dados é denominado “fonte de dados”. As principais fontes de dados são os levantamentos contínuos, registrados à medida que os fatos ocorrem. Os registros civis dão origem a dois bancos de dados muito utilizados em saúde: os óbitos e os nascimentos. Tais dados estão organizados em dois importantes subsistemas de informação em saúde: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos vivos (SINASC). Nos hospitais e nas unidades locais de saúde, os dados também são registrados continuamente. A cada atendimento são feitas anotações nos prontuários, registrados procedimentos ou internações, efetivados encaminhamentos para outros serviços.

Esses dados são registrados por necessidade administrativa e exercício da profissão sempre que os fatos acontecem, e fornecem dados úteis para processos de avaliação dos serviços. Estão organizados em diferentes subsistemas de informação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), dentre outros. O SIAB foi concebido especificamente para coletar e organizar os dados da Estratégia Saúde Família, permitindo o registro das ações e dos procedimentos preconizados pelo modelo de atenção – visita domiciliar, reunião de grupos, consultas de enfermagem, visita do ACS.

O Censo Demográfico é um levantamento denominado periódico, pois é realizado em intervalos regulares. É dele que saem as informações demográficas (idade, sexo, raça, estado civil) e socioeconômicas (escolaridade, renda, condição de moradia e da totalidade da população brasileira). Tais dados são muito utilizados para cálculo dos indicadores de saúde e para avaliações e planejamentos dos serviços.



---

## Link

Você pode identificar os dados disponíveis nos subsistemas de informação em saúde, do DATASUS, no site: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>.

---

Os dados disponíveis em sistemas de informações são expressos em números, quantidades ou contagens de eventos. São apresentados alguns dados na forma de taxas ou proporções de ocorrências. Todavia, a explicação oferecida por dados quantitativos pode não ser suficiente para a avaliação pretendida. Nesse caso, podem ser necessários outros dados com análises qualitativas que aprofundem o conhecimento do objeto. A combinação de abordagens qualitativas e quantitativas permite avaliar programas de saúde de forma mais abrangente (TANAKA; MELO, 2001).

Nas avaliações que utilizam dados quantitativos, recorremos frequentemente a sistemas de informação em saúde, relatórios técnicos, resultados de pesquisas epidemiológicas, os quais nos fornecem os números, as contagens ou as taxas de que necessitamos para a indicação do que acontece. Essa indicação é fornecida por indicadores, e o nome já esclarece sua função: indicar, apontar, sugerir o que acontece.

Os indicadores devem possuir especificidade (ter associação clara com o evento), validade (ser aplicável para a realidade em questão), poder discriminatório (ser capaz de identificar as diferenças do que se deseja medir), comparabilidade, aceitação, facilidade na coleta dos dados, adequação para a realidade social, econômica e cultural, respeito à confidencialidade das informações do paciente. Dificilmente um indicador isolado fornecerá a explicação que se deseja, sendo mais provável que o agrupamento de vários indicadores forneça essa explicação. Assim sendo, ao verificar a taxa de cesáreas de determinado município, não basta apenas verificar se ela é “alta” ou “baixa”, mas é preciso saber ainda em que condições os partos normais se dão e qual a taxa de mortalidade perinatal para se ter ideia do acerto das indicações.

Para calcular qualquer indicador, são necessários dados, e esses vão determinar a qualidade do indicador. O maior problema para obter bons indicadores reside em dados incompletos ou não confiáveis. Esses, por sua vez, são consequência da falta de interesse por parte dos envolvidos na coleta, na análise e no uso dos dados e da informação. Nesse aspecto, a Equipe de Saúde da Família possui papel fundamental. A maior parte dos dados necessários para calcular os indicadores usados no planejamento e na avaliação da Atenção Básica é coletada pela Equipe de Saúde da Família. Desde o agente comunitário de saúde até o coordenador da unidade, todos têm responsabilidade com a qualidade do dado que será utilizado para promover as mudanças no processo de trabalho da unidade. É comum mencionar o desconhecimento dos níveis centrais quanto

à realidade das unidades locais, mas também é comum desprezar o dado que pode oferecer a eles uma leitura mais adequada dessa realidade.



### Na Prática

Refleta sobre sua participação na produção da informação para avaliação e planejamento. Você tem colaborado para que os dados sejam completos, fidedignos? Qual sua participação no treinamento e na capacitação para coleta e processamento de dados na sua unidade? Contribui nas orientações dos ACS e dos agentes administrativos com essa finalidade?

---

Mesmo com bons indicadores quantitativos, pode acontecer de não conseguir uma boa explicação do fenômeno que deseja avaliar, sendo necessários dados de outra natureza – os qualitativos. Tais dados são obtidos de forma menos sistemática. Os instrumentos para a coleta desses dados são pensados especificamente para o que se deseja saber naquela ocasião. Podem ser entrevistas, reuniões de grupos, observação de situações, os quais são cuidadosamente verificados e registrados para posterior interpretação por parte do avaliador. Para cada necessidade devem-se pensar e formular os instrumentos e as técnicas adequadas.

Na unidade de saúde, pode ocorrer de existir um instrumento de coleta desse tipo de dado: o livro de reclamações. Se sua unidade tem um desses livros, é possível identificar a natureza das deficiências apontadas pelos usuários e pensar as mudanças necessárias para superá-las.

A procedência dos avaliadores é outro fator que pode influenciar o processo de avaliação. Os avaliadores externos – não vinculados à instituição – possuem a vantagem de não estarem envolvidos diretamente com o objeto, o que pode conferir maior imparcialidade na avaliação. Por outro lado, podem possuir menos conhecimento do objeto, implicando compreensões fragmentadas dos aspectos envolvidos. Exemplos dessa avaliação são os Estudos de Linha de Base conduzidos por universidades para o PROESF.



### Leitura Complementar

Para saber mais sobre os Estudos de Linha de Base, consulte a edição da Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, jul./set. 2006 e veja, por exemplo, o artigo **Necessidades de saúde comuns aos idosos**: efetividade na oferta e utilização em Atenção Básica em Saúde, de Piccini.

---

Avaliadores internos são aqueles que pertencem à instituição executora, mas não são responsáveis pela execução do programa a ser avaliado. Se, por um lado, essa posição oferece a vantagem do conhecimento do objeto, por outro, implica o risco de o envolvimento institucional prejudicar a avaliação.

São frequentes as combinações de avaliadores externos e internos para combinar as vantagens das posições, constituindo avaliações mistas. Ainda, pode ocorrer de o responsável pela execução ser o avaliador. Nesse caso, trata-se de uma autoavaliação. A AMQ é uma proposta de autoavaliação conduzida por Equipes de Saúde da Família, coordenadores de unidades e gestores de sistemas. A avaliação que vocês farão mais frequentemente também é desse tipo. Avaliarão as ações, os procedimentos e os programas pelos quais são responsáveis com a finalidade de identificar possibilidades de melhorar. O PMAQ tem um componente importante de avaliação externa, com avaliadores que não são vinculados ao serviço.

### **3.4 AMQ, AMAQ, PMAQ, IDSUS**

As propostas de avaliação incentivadas a partir do Ministério da Saúde são dinâmicas e muito influenciadas por interesses, conceitos e objetivos dos gestores em exercício. Vamos falar um pouco de algumas iniciativas mais recentes.

#### **3.4.1 AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**

Como já citamos em várias passagens anteriores, a AMQ busca a qualificação da Estratégia Saúde da Família por meio de um processo avaliativo que envolve todos os seus atores institucionais. A busca da qualificação é dada pelo estabelecimento dos parâmetros desejados para a estratégia, organizados em cinco instrumentos de avaliação que orientam a gestão e a tomada de decisão. Cada instrumento e respectivos padrões são dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da Equipe de Saúde da Família, unidade de Saúde da Família, Equipe de Saúde da Família, profissionais de nível superior da Saúde da Família) e permitem identificar o grau de implantação, o nível de desenvolvimento e a qualidade da estratégia nos diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população.

As autoavaliações são registradas em papel e em um sistema computacional disponível em rede específico para essa proposta. O registro no sistema gera um banco de dados que possibilita a emissão de relatórios de cada equipe, da unidade, do município, da região, do estado e da União. Com esses relatórios, cada equipe pode acompanhar a evolução de seu trabalho e de suas práticas.

A avaliação é pautada por parâmetros relacionados aos princípios para o trabalho na Equipe de Saúde da Família, às necessidades de saúde dos usuários, aos conhecimentos técnicos estabelecidos e aos valores culturalmente aceitos, constituindo uma modalidade de supervisão das práticas em vista do que é preconizado pela estratégia.

É comum que as avaliações sejam voltadas apenas para as práticas executadas, mas nessa proposta estão incluídas as funções intermediárias – gestão e coordenação – que podem auxiliar ou limitar a boa prática dependendo de sua atuação. Os cinco instrumentos permitem o acompanhamento diferenciado da evolução da gestão municipal, da coordenação da estratégia e das práticas realizadas nas unidades Saúde da Família.

Tal metodologia foi desenvolvida especificamente para esse modelo de atenção, abrangendo todos os seus aspectos relevantes. Sua condução deve ser municipal, por livre adesão do gestor do sistema, em todo o território nacional, com apoio dos gestores estaduais.

Os cinco instrumentos podem ser divididos em dois grupos: um de Gestão da Estratégia (1. desenvolvimento da estratégia; 2. coordenação técnica; e 3. unidade Saúde da Família) e outro de Equipe de Saúde da Família (4. consolidação do modelo de atenção; e 5. atenção em saúde). As questões, em todos os instrumentos, são elencadas em níveis de qualidade, a saber:

**E – Qualidade Elementar:** aborda elementos de estrutura e as ações mais básicas da estratégia da Equipe de Saúde da Família;

**D – Qualidade em Desenvolvimento:** aborda elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho;

**C – Qualidade Consolidada:** aborda processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações;

**B – Qualidade Boa:** aborda ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados; e

**A – Qualidade Avançada:** coloca-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados.

Vamos ver alguns exemplos de questões em cada um dos níveis, extraídas do instrumento 4, na Figura 8:

E	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.	(S)	(N)
<p>Na estratégia SF, a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar, tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.</p>			
D	A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.	(S)	(N)
<p>O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.</p>			
C	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	(S)	(N)
<p>Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos, além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contrarreferência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.</p>			
B	A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	(S)	(N)
<p>O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.</p>			
A	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	(S)	(N)
<p>Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e a análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.</p>			

Figura 8 – Exemplo dos níveis de qualidade no AMQ para o item “Consolidação do modelo de atenção”  
Fonte: BRASIL, 2012.

Observe que cada questão é acompanhada de um texto explicativo, o padrão adotado para aquela situação. Dessa forma, pode ser ao mesmo tempo um instrumento de autoavaliação e de formação para a estratégia, uma vez que explica como deve ser.



## Link

Os instrumentos de avaliação da AMQ estão disponíveis para impressão no site do Ministério da Saúde ou no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem. Acesse a **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**, disponível em: <[www.saude.gov.br/amq](http://www.saude.gov.br/amq)>.

Você pode identificar os locais de cadastramento municipal, impressão dos instrumentos e preenchimento dos formulários em rede. O **Guia rápido do aplicativo digital AMQ**, que orienta a utilização do sistema AMQ, está disponível em: <[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/home/pdf/guia\\_rapido.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/home/pdf/guia_rapido.pdf)>.

### 3.4.2 AMAQ – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

O PMAQ está organizado em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, após um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, representadas pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

De acordo com a Portaria nº 1.654, são diretrizes da PMAQ:

- I. construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da Atenção Básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;
- II. estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e dos indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica;
- III. promover transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV. envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de Atenção Básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica;
- V. desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e dos resultados pactuados e alcançados;

- VI. estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e
- VII. promover caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da Atenção Básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e da proatividade dos atores envolvidos.

A PMAQ será desenvolvida em quatro fases, conforme é possível verificar na figura a seguir.



Figura 9 – Fases da PMAQ

A primeira fase do PMAQ, de adesão ao programa, consiste em uma contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, com corresponsabilização regional e estadual e participação do controle social.

Depois de fazer a adesão e a contratualização, na fase de desenvolvimento, as equipes fazem a autoavaliação (AMAQ), com a proposta de estimular a reflexão dos atores envolvidos para fomentar a autoanálise, a autogestão e a identificação dos problemas. A expectativa é de que esse processo conduza à formulação de estratégias de intervenção que impulsionem a melhoria dos serviços e das relações, induzindo a reorganização do trabalho das Equipes de Atenção Básica e da gestão municipal de saúde.

Assim como na AMQ, o PMAQ possui um aplicativo próprio e tem como objetivos auxiliar no registro dos resultados da autoavaliação realizada com auxílio do AMAQ-AB, possibilitar a classificação de dimensões e subdimensões a partir das respostas inseridas no aplicativo e facilitar o monitoramento das autoavaliações por meio do registro no aplicativo.

Além da autoavaliação, na etapa de desenvolvimento, devem ser realizados monitoramento, educação permanente e apoio institucional. Essas ações devem promover a mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirá a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.



## Link

Você pode consultar o documento que explica a etapa de autoavaliação no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem do Curso ou no site <<http://189.28.100/dab/docs/sistemas/pmaq/amaq.pdf>>.

A AMAQ foi construída a partir da revisão e da adaptação de diferentes instrumentos validados, tais como Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família e PCATool. Sua elaboração foi orientada pelos princípios e pelas diretrizes da Atenção Básica no Brasil, considerando que todos os gestores municipais e as Equipes de Atenção Básica possam utilizá-lo. São consideradas Equipes de Atenção Básica as Equipes de Saúde da Família, o NASF e equipes multiprofissionais orientadas por outros modelos que se organizam de acordo com os princípios e as diretrizes da Atenção Básica.

A estrutura do instrumento está apresentada no Quadro 5 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB.

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde C - Gestão do Trabalho D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional F - Educação Permanente G - Gestão do Monitoramento e Avaliação –M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos I - Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J - Perfil da Equipe K - Organização do Processo de Trabalho L – Atenção Integral à Saúde M - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

Quadro 5 – Estrutura do instrumento AMAQ-AB  
Fonte: MS, 2012.

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa para a totalidade de municípios e Equipes de Atenção Básica participantes do Programa. Essa fase se subdivide em duas dimensões:

- I. certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e da verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes; e
- II. avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica não relacionada ao processo de certificação: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e por processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

A quarta fase do PMAQ é constituída pelo processo de recontratação, que deve ocorrer após a certificação da Equipe de Atenção Básica. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova recontratação de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo Programa.



#### Link

O detalhamento das fases encontra-se disponível no **Manual Instrutivo do PMAQ**, disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf)>. Acesse!

---

### 3.4.3 IDSUS – Índice de Desempenho do SUS

O Índice de Desempenho do SUS reúne um grupo de indicadores simples e compostos com a finalidade de avaliar o Sistema Único de Saúde que atende aos residentes em todo o país. É um indicador sintético composto a partir da **agregação estratificada** dos municípios e da **conversão adimensional** dos indicadores.

A **agregação é estratificada** porque faz a valoração dos indicadores em grupos semelhantes de municípios. Os indicadores considerados para formar os grupos homogêneos de municípios foram o PIB *per capita*, a proporção de famílias com bolsa-família, a taxa de mortalidade infantil e mais nove indicadores de serviços (proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes; proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para residentes; proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes; proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para residentes; proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes; proporção de internações de média complexidade realizadas para residentes; proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes;

proporção de internações de alta complexidade realizadas para residentes; e proporção de médicos da Atenção Básica e profissionais da Vigilância em Saúde).

Os indicadores utilizados na avaliação são:

- cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde;
- cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal;
- cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano;
- proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal;
- razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária;
- razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária;
- razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente;
- razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente;
- razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente;
- razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade por habitante;
- proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- proporção de cura dos casos novos de hanseníase;
- taxa de incidência de sífilis congênita;
- proporção de internações sensíveis à Atenção Básica (ISAB);
- média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- proporção de exodontia em relação aos procedimentos;
- proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM);
- proporção de parto normal;
- proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas unidades de terapia intensiva (UTI);
- proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes;
- proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes;

- proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes; e
- proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.

Em cada grupo homogêneo de municípios, os valores dos indicadores foram convertidos em valores variando de 0 a 10 (conversão para escala adimensional) para compor o valor sintético final.



### Link

A elaboração do indicador sintético é um procedimento complexo, com muitas etapas metodológicas. Você pode conferir detalhes no site do índice, disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1080](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080)>. Lá pode também identificar a posição de seu município na classificação de desempenho.

---



### Leitura Complementar

Em Santa Catarina, a partir do PROESF, foi desenvolvido um modelo de avaliação para a Atenção Básica, em parceria da Secretaria de Estado da Saúde com o Departamento de Saúde Pública, que já foi aplicado por quatro anos consecutivos. O modelo proposto é composto de 40 indicadores divididos em Gestão do Sistema (16) e Provimento de Ações (24). Você pode saber mais sobre esse modelo, em Santa Catarina, acessando o site do Núcleo de Pesquisa que o desenvolveu, disponível em: <[www.nepas.ufsc.br](http://www.nepas.ufsc.br)>.

---

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, nós vimos que com avaliação é possível entender melhor nosso processo de trabalho, comparar nossos resultados com os objetivos pretendidos, corrigir problemas durante a execução das ações, propor mudanças que melhorem nossa atuação. E, mais que isso, que a avaliação pode e deve fazer parte do cotidiano de seu trabalho. Entretanto, para realizar a avaliação, é necessário conhecer precisamente aquilo que será objeto do estudo, ter clareza dos objetivos perseguidos, buscar a participação dos envolvidos no processo sem imprimir caráter punitivo e vontade política para expor nossas fragilidades e com isso contribuir para resolver os problemas encontrados. Você teve oportunidade de ler um pouco sobre diferentes propostas de avaliação que estão sendo aplicadas institucionalmente: AMQ, PMAQ, IDSUS e Avaliação da Gestão da Atenção Básica, que é uma proposta específica de Santa Catarina. A necessidade de entender a importância dos dados, da informação e dos indicadores para desenvolver um bom processo de avaliação também foi um aspecto ressaltado na unidade. E, finalmente, todo esse processo somente adquire significado se for desenvolvido com a finalidade de subsidiar a decisão sobre a realização das ações que são mais adequadas às necessidades de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento\\_4.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento_4.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessments**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v.1).

\_\_\_\_\_. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

GAIRIN-SALLÁN, J. La autoevaluación institucional como vía para mejorar los centros educativos. **Revista de Pedagogía**, Madrid, v. 45, n. 3, 1993.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, v. 34, n. 5, 2000.

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. da (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP, 2001.

## SÍNTESE DO MÓDULO

Este módulo apresentou três unidades, interligadas pelo seu significado instrumental para a gestão em saúde. Na primeira unidade, vimos a gestão local em saúde, identificando os principais interesses dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema. Foram lembradas as principais questões da organização dos sistemas locais de saúde, enfatizando o processo de territorialização, acolhimento, atividades de atenção individual, atividades de atenção coletiva, atenção domiciliar, vigilância local em saúde e coordenação do cuidado. O controle social e as ações intersetoriais no sistema local de saúde também foram abordados na unidade. Na segunda unidade, discutimos o conjunto de procedimentos e normas relacionados com a gestão administrativa de políticas públicas, em geral, e do Sistema Único de Saúde, em particular. Identificamos a importância dos instrumentos de gestão para a alocação de recursos financeiros em equipamentos, materiais, atividades e ações necessárias para atender às necessidades da população. Também foram discutidos os instrumentos que garantem o acesso aos serviços e os procedimentos de média e alta complexidade – PDR, PPI, FPO e TFD. Na terceira unidade, finalizamos com a introdução dos conceitos básicos de avaliação, uma ação fundamental para subsidiar os avanços necessários ao bom desenvolvimento das ações de saúde. Com avaliação é possível redirecionar ações e programas no sentido desejado e previsto no planejamento e nos planos realizados pela gestão. São muitas as propostas existentes de avaliação, e há um grande estímulo para que sejam aplicadas sistematicamente. Como você vê, as três unidades discutem questões que são estruturantes para a boa atuação da gestão, em qualquer área de atuação da saúde.

## AUTORES

### Maria Cristina Marino Calvo

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo, Bauru (USP, 1981), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2002). Atualmente é professora associada da Universidade Federal de Santa Catarina no Departamento de Saúde Pública e nos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva e em Odontologia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Avaliação em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção Básica, eficiência hospitalar, comportamento alimentar e saúde bucal coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/9980742756657663>

### Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1977), pós-graduado em Residência Médica em Pediatria e Puericultura pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1979), em Saúde Pública (ENSP/UFSC, 1986) e em Planejamento de Sistemas de Saúde (ENSP, 1988). Possui mestrado em Administração (área de concentração: Planejamento e Políticas Governamentais) pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e doutorado em Engenharia de Produção (área de concentração: Ergonomia) pela mesma universidade (2002). Já foi diretor do Hospital Florianópolis (1988-1990), secretário municipal da saúde e desenvolvimento social de Florianópolis (1994-1996), diretor de planejamento e coordenação (2003-2005) e diretor de políticas de saúde (2005-2007) da SES-SC. Atualmente é médico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em que exerce o cargo de diretor de educação permanente em saúde, e professor da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), em que ministra a disciplina Medicina do Trabalho no curso de Medicina (campus Tubarão e Pedra Branca) e orienta projetos de iniciação científica e TCCs. É membro do Grupo de Trabalho de Comunicação em Saúde (GTCom) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do Ministério da Educação (MEC). Tem experiência na área da Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde, em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e em Saúde do Trabalhador.

<http://lattes.cnpq.br/7230293739894936>

## Selma Regina de Andrade

Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Administração (área de concentração: Política e Planejamento Governamental) e doutora em Enfermagem (área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atualmente é docente desta instituição.

<http://lattes.cnpq.br/5995294874443696>

Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina