

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) é um organismo internacional especializado em saúde. Atua como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU).

Sua missão é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre os Estados membros e outros parceiros, no sentido de promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos das Américas. Atua cooperando com os governos para melhorar políticas e serviços públicos de saúde no sentido de alcançar metas comuns e em concordância com as decisões dos governos que fazem parte do corpo diretivo da Organização. Seus valores são:

- Equidade
- Excelência
- Solidariedade
- Respeito
- Integridade



A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais

## A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais



O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), criado 1982, é composto por 27 Secretários de Saúde dos estados e do Distrito Federal que elegem uma diretoria formada por um presidente e cinco vice-presidentes representando cada região brasileira. Com sede em Brasília, o CONASS possui uma Secretaria Executiva para apoio técnico e político, que conta com nove Câmaras Técnicas (Assistência Farmacêutica, Atenção à Saúde, Atenção Primária, Comunicação Social, Epidemiologia, Gestão e Financiamento, Informação e Informática, Recursos Humanos e Vigilância Sanitária).

O CONASS representa os Secretários nas diversas instâncias do SUS, como na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde, participando ativamente do processo normativo do SUS. A consolidação do Sistema Único de Saúde como política de Estado e não de governo; a melhoria dos serviços públicos prestados aos cidadãos, por meio do fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde e; a luta por aportes financeiros suficientes no Orçamento Federal da Saúde, para redução das desigualdades regionais e sociais, estão entre as prioridades da entidade.

# **A gestão da saúde nos estados:**

## **avaliação e fortalecimento das funções essenciais**

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais

Tiragem: 3.000

Impresso no Brasil

---

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Distrito Federal / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

262 p. (A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais).

1. SUS (BR). 2. Sistema Único de Saúde. I A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais

---



# **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**

1ª Edição  
Brasília, julho de 2007

## **CRÉDITOS Parte I e II**

### **Organização:**

Júlio Strubing Müller Neto

### **Autores:**

Fátima Ticianel Schrader

Júlio Strubing Müller Neto

Rita de Cássia Bertão Cataneli

## **CRÉDITOS Parte III**

### **Coordenação:**

Júlio Strubing Müller Neto

Equipe de Adaptação do Instrumento para auto-avaliação das Fesp/SUS: Carmem Fontes Teixeira, Fátima Ticianel Schrader, João José Cândido da Silva, Júlio Manuel Suarez, Júlio Strubing Müller Neto, Luis Fernando Rolim Sampaio, Maria Aparecida Carricondo Arruda Leite, Maria Lúcia Carnellosso, Renilson Rehem de Souza, Rita de Cássia Bertão Cataneli e Rosa Maria Silvestre.

### **Elaboração dos Glossários:**

Carmem Fontes Teixeira

## Apresentação CONASS

É com satisfação que apresento esta publicação que relata a rica experiência de cooperação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde com a finalidade de fortalecer o SUS nos estados brasileiros.

A avaliação e o fortalecimento da Gestão Estadual do SUS (Fesp/SUS) tomou como referência as Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp), reconceituadas e adequadas.

Muitas das macrofunções das Secretarias Estaduais de Saúde estão contempladas na iniciativa das Fesp/SUS, sendo atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, permitindo melhorar o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais.

Os resultados até agora alcançados permitem afirmar a importância das Fesp/SUS para a cooperação do CONASS com as Secretarias Estaduais e, de uma maneira geral, para a colaboração entre os gestores do SUS. Seguramente dará uma grande contribuição para a qualificação da Gestão Estadual frente ao Pacto pela Saúde.

Por último, essa iniciativa não teria prosperado sem o decisivo apoio do escritório de representação da Opas no Brasil, a unidade de Políticas e Sistemas de Saúde da OPS Washington e do Ministério da Saúde as quais desejo expressar os sinceros agradecimentos em nome dos 27 gestores estaduais do Sistema Único de Saúde.

Osmar Terra  
Presidente do CONASS





## Apresentação Opas

É com muita satisfação que a Organização Pan-Americana da Saúde apresenta esta publicação que registra os frutos de quatro anos de entendimentos, coordenação interinstitucional, trabalho em equipe e muitas discussões técnicas destinadas à apropriação nacional da “Iniciativa da Saúde Pública nas Américas”, a adaptação da metodologia original das Funções Essenciais de Saúde Pública à gestão descentralizada do SUS e o processo de aplicação nos estados.

Esse processo de cooperação, materializado nesta publicação, configura-se como experiência exitosa de cooperação técnica. Exemplifica claramente um trabalho de excelência técnica e sustentabilidade, aspiração de toda cooperação internacional.

A realização desta empreitada somente foi possível graças às parcerias técnico-políticas que se estabeleceram e cujos laços de confiança se fortaleceram ao longo do processo. Por todo o processo e resultados desta cooperação agradecemos aos parceiros da área de política de saúde do escritório central da Opas, ao Ministério da Saúde e ao CONASS.

Esse processo de cooperação não se encerra aqui. É um processo que enriquece e fortalece a Iniciativa da Saúde nas Américas com a produção até agora alcançada apoiando a formulação de políticas e o aprimoramento dos sistemas de saúde.

A Organização Pan-Americana de Saúde espera dar continuidade a essa parceria e tem o compromisso de apoiar a transcendência desse processo ao território brasileiro para que possa ser compartilhado e contribuir com os diferentes países da região das Américas.

Diego Victoria  
Representante Opas - Brasil







# Sumário

Introdução	11
<b>PARTE I</b>	<b>15</b>
Saúde pública e funções essenciais	17
As Funções Essenciais de Saúde Pública para a Gestão Estadual de Sistema Único de Saúde: reconceituação e inovação	23
Metodologia da avaliação	33
As Funções Essenciais nos estados: primeiras evidências	49
O perfil e a percepção de atores-chave da Gestão Estadual	61
Planejando o fortalecimento	69
Construindo agendas participativas	83
Reflexões sobre o percurso	91
Referências bibliográficas	101
<b>PARTE II</b>	<b>105</b>
O relato de uma experiência singular: as Fesp/SUS em Goiás	107
Agenda de fortalecimento das Fesp/SUS Goiás	121
<b>PARTE III</b>	<b>143</b>
Instrumento para auto-avaliação das Fesp/SUS nos estados brasileiros	145
Glossário de termos para o planejamento do fortalecimento	251
Referências bibliográficas do glossário de termos do instrumento de avaliação	249
Referências bibliográficas do glossário para o fortalecimento	261



## Introdução

As Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp) constituem um tema ainda pouco conhecido e estudado no Brasil. Algumas razões foram importantes para a decisão do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) de incorporá-las a sua prática de cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde, como mais uma referência que poderia contribuir para o processo de consolidação do sistema público de saúde e, especialmente, da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação de novos modelos assistenciais baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, vêm exigindo uma maior capacidade institucional das secretarias estaduais de saúde, para o exercício de inúmeras funções: a formulação de políticas, o planejamento, a gestão compartilhada, a regulamentação e a normatização, a garantia e a regulação do acesso aos serviços de saúde, a organização regionalizada da rede de serviços de saúde, o monitoramento e avaliação do sistema estadual e a articulação de esforços e cooperação com as secretarias municipais de saúde. A maioria das macrofunções citadas acima estão, ou vieram a ser, contempladas na proposta das funções essenciais, como se verá a seguir no capítulo dois.

Em decorrência das crescentes exigências sobre a Gestão Estadual, impõe-se a necessidade de avaliá-la de modo estrutural, tomando como referência essas macrofunções, complementando assim a avaliação de projetos e programas setoriais já existentes no SUS. Finalmente, também concorreu para a definição do CONASS, a garantia dada pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) de completa autonomia para reformular os conceitos, métodos e instrumentos da proposta das Funções Essenciais de Saúde Pública. Portanto, esse foi um desafio instigante que o CONASS e o escritório de representação da opas no Brasil decidiram enfrentar juntos, com apoio do Ministério da Saúde (MS). A iniciativa faz parte do projeto mais amplo do CONASS, de fortalecimento da Gestão Estadual, denominado Progestores.

A presente publicação conta a história do enfrentamento do desafio aceito, de algumas de suas consequências, dos seus limites e possibilidades. É um relato comprometido com a visão e os valores dos seus protagonistas e, como tal, é inclusivo, todos estão envolvidos e participam ativamente. Trata-se de uma experiência coletiva de auto-avaliação que mobilizou a vontade, a disposição, a preocupação e o trabalho de muita gente empenhada de corpo e alma com os valores, os princípios e as práticas do Sistema Único de Saúde. Uma experiência coletiva que buscou aproximar o processo de avaliação da reformulação e da implementação, dando voz aos sujeitos da Gestão Estadual e delineando as distintas fisionomias que o SUS adquire, de acordo com as diferentes realidades regionais. A descrição e a análise do processo aqui relatado não seguem uma ordem cronológica, até porque ele é constituído por diferentes momentos que se entrelaçaram no tempo. A análise recorta um período de tempo que se inicia em setembro de 2004, quando

foi planejada a primeira oficina de trabalho, e se prolonga até junho de 2006, quando se decide elaborar a publicação. O trabalho de cooperação para a avaliação e o fortalecimento da Gestão Estadual continua até a presente data, devendo ser incrementado em 2007.

O livro está dividido em três partes. A primeira parte, nos seus dois primeiros capítulos, aborda a proposta das funções essenciais, o contexto da sua adaptação ao Sistema Único de Saúde, a redefinição de cada uma das funções, enquanto o terceiro capítulo mostra a adequação da metodologia a um processo de avaliação participativa e sua fundamentação. As mudanças foram de tal monta, que as funções essenciais foram renomeadas como Funções Essenciais de Saúde Pública para a Gestão Estadual do SUS (**Fesp/SUS**). Os primeiros resultados obtidos em cinco estados brasileiros são analisados no quarto capítulo e o quinto trata de evidenciar os atores da Gestão Estadual e sua percepção do processo. A construção de um novo momento, o planejamento do fortalecimento, inovação desenvolvida pela equipe CONASS/Opas, é apresentada no sexto capítulo a análise da sua aplicação em três estados, no sétimo. E, finalmente, no oitavo, a reflexão sobre todo o percurso, acompanhada da análise dos representantes dos dois atores institucionais que lideraram a experiência, o CONASS e a Opas. Os capítulos dessa primeira parte foram escritos pelos assessores e consultores do CONASS, Júlio Strubing Müller Neto, Rita de Cássia Bertão Cataneli e Fátima Ticianel Schrader, sob coordenação do primeiro.

A segunda parte tem apenas dois capítulos e descreve mais detalhadamente os dois momentos, da auto-avaliação e do planejamento do fortalecimento no estado de Goiás. O objetivo é familiarizar o leitor com o processo, o instrumento, o método e os resultados concretos obtidos em uma experiência singular. Os dois capítulos da segunda parte, também foram escritos por Júlio Strubing Müller Neto, Rita de Cássia Bertão Cataneli e Fátima Ticianel Schrader. O capítulo do fortalecimento da Gestão Estadual de Goiás baseou-se no relatório final da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, publicado em dezembro de 2005, sob a coordenação da relatora geral, Lázara Ribeiro Ferreira Lima.

A terceira parte contém o instrumento completo de avaliação das Funções Essenciais da Saúde Pública adaptado para a Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde, incluindo todas as funções e suas definições, os indicadores e seus padrões, assim como todas as perguntas gerais e específicas. O processo de adaptação do instrumento foi uma construção coletiva. Participaram da equipe básica Carmem Fontes Teixeira, Fátima Ticianel Schrader, João José Cândido da Silva, Júlio Manuel Suarez, Júlio Strubing Müller Neto, Luis Fernando Rolim Sampaio, Maria Aparecida Carricondo Arruda Leite, Maria Lúcia Carnellosso, Renilson Rehem de Souza, Rita de Cássia Bertão Cataneli e Rosa Maria Silvestre, sob a coordenação de Júlio Strubing Müller Neto. Participaram da primeira oficina e foram importantes para a motivação da equipe: Carlyle Guerra Macedo, Graziela Muniz Saavedra e Oscar Feo. Colaboraram com sugestões e críticas para a segunda e terceira versão do instrumento todos aqueles que participaram como facilitadores das avaliações, entre os quais, Marta Barreto, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Márcia Huçulak e Regina Nicoletti. E, finalmente, é relevante assinalar a colaboração de duzentos e quarenta participantes que registraram por escrito suas contribuições, tanto para a melhoria do instrumento quanto da metodologia.

O instrumento das Fesp/SUS é acompanhado de um glossário próprio, para a auto-avaliação, e de outro glossário para o planejamento do fortalecimento, ambos elaborados por Carmem Fontes Teixeira.

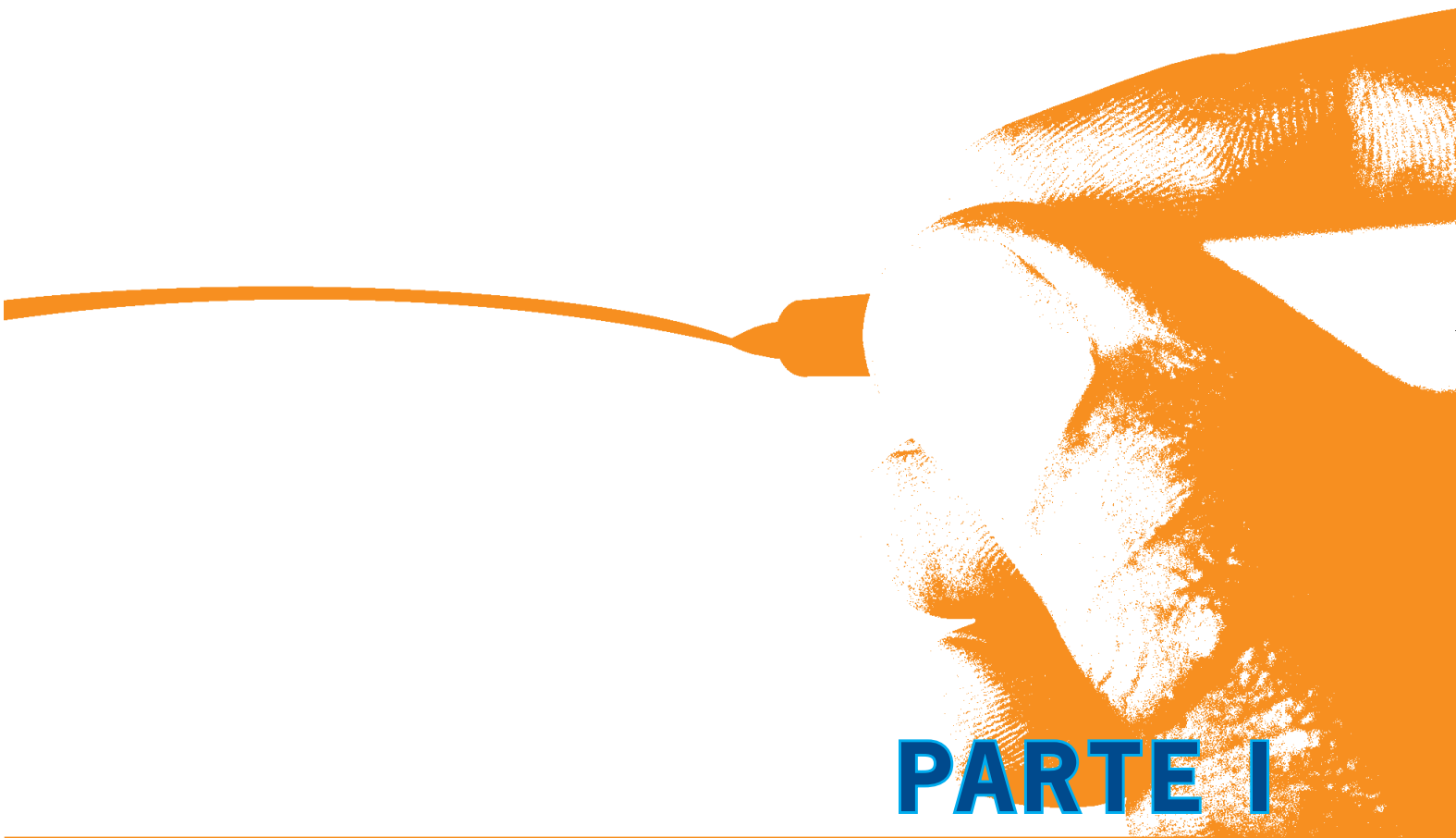
O texto básico que serviu de referência para a reflexão e a adaptação das funções essenciais aqui analisadas foi a publicação da Organização Pan-americana de Saúde intitulada “La Salud Pública em las Américas”, trabalho desenvolvido sob a coordenação geral do Dr. Daniel Lopez-Acuña.

O planejamento do fortalecimento com base na auto-avaliação das Fesp/SUS é uma inovação desenvolvida pela equipe CONASS/Opas, entre setembro e novembro de 2005, e teve como base um texto elaborado pela coordenação do projeto e a equipe de consultores, denominado “Diretrizes e metodologia para a oficina de fortalecimento das funções essenciais”. Participaram dessas oficinas Carmem Fontes Teixeira, Fátima Ticianel Schrader, Júlio Manuel Suarez, Júlio Strubing Müller Neto, Maria Aparecida Carricondo Arruda Leite, Marta Barreto, Renilson Rehem de Souza, Rita Bertão Cataneli e Rosa Silvestre.

A experiência enriquecedora de cooperação aqui relatada, entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), com base nas funções essenciais, foi construída passo a passo, desde os primeiros meses de 2003. Hoje é apresentada como um modelo bem-sucedido. Demandou tempo, esforço, articulação, paciência, recursos financeiros e muita vontade política dos atores envolvidos. Esses atributos foram decisivos para o sucesso e nada mais justo que registrar a participação dos envolvidos. Pela Opas, Eduardo Levcovitz, do escritório central, em Washington; Horácio Toro, representante no Brasil e Júlio Manuel Suarez, responsável pela área de sistema e serviços de saúde no Brasil. Júlio Suarez coordenou o projeto das funções essenciais, pela Opas, e o seu trabalho, apoiado em sua visão sobre a cooperação, sua capacidade de articulação e liderança respaldadas incondicionalmente por Eduardo Levcovitz e Horácio Toro, foi determinante para os resultados. O Ministério da Saúde também apoiou e contribuiu para o financiamento do projeto por meio do Departamento de Apoio à Descentralização, da Secretaria Executiva.

Pelo CONASS, os presidentes Fernando Cupertino, Gilson Cantarino O'Dwyer, Marcus Pestana e Jurandi Frutuoso sempre apoiaram a iniciativa e mantiveram o trabalho de fortalecimento da Gestão Estadual como prioridade política de suas respectivas diretorias, situação que persiste com o atual presidente, Osmar Terra. O apoio político e operacional dos secretários executivos do CONASS, Ricardo Scotti e René Santos, que motivaram a equipe técnica e mobilizaram os recursos necessários, também foi decisivo para o êxito da iniciativa. O trabalho de condução do projeto realizado por Júlio Strubing Müller Neto deve ser ressaltado: iniciou as primeiras conversações entre as duas instituições em fevereiro de 2003, organizou e liderou a equipe de consultores, coordenou o processo de adaptação, conseguiu a adesão dos gestores e das equipes dirigentes estaduais e dirigiu as oficinas de auto-avaliação e de fortalecimentos nos estados, e, ainda, elaborou vários documentos e apresentações sobre o tema. Também deve ser registrada a participação de Rita Cataneli, pelo CONASS, e Rosa Silvestre, pela Opas, que “carregam piano” todos os dias para viabilizar a operacionalização da coordenação conjunta da iniciativa.

A expectativa da Organização Pan-americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde é que a experiência aqui relatada e a reflexão sobre ela possam contribuir para o debate, não apenas entre os gestores do SUS, mas também com os trabalhadores, usuários e a comunidade acadêmica, e, assim, qualificar o sistema, os serviços e as práticas de saúde.



**PARTE I**









## Saúde pública e funções essenciais

A Saúde Pública nas Américas é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que envolveu todas as suas unidades técnicas e as representações da organização nos países, na segunda metade da década de noventa. O seu desenvolvimento fundamenta-se na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a atual situação, identificando áreas críticas que precisam ser fortalecidas e reforçar a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde (OPAS, 2002).

No contexto internacional a década de 1990 está intrinsecamente ligada às reformas, à construção dos diferentes sistemas de saúde e ao seu financiamento. Nessa década, as reformas seguiram uma agenda única, informadas pela lógica eficientista. Nesse processo surgiram questionamentos do Estado e das instituições bem como dos serviços públicos (SUAREZ, 2005).

Para este autor<sup>1</sup> a iniquidade crescente e a situação desigual de saúde e do acesso da população geraram a crise da saúde pública. A reforma econômica neoliberal acentuou a pobreza e a desigualdade no acesso às riquezas e aos serviços. Um dos marcos da reforma do Estado é a reforma da saúde que, na maioria dos países, seguiu o paradigma predominante baseado no denominado consenso de Washington, que centrava suas ações no financiamento e na eficácia do setor, mediante enxugamento do Estado, e na ampliação do mercado para os serviços essenciais. A reforma dos serviços de saúde no Brasil não seguiu esse movimento.

As questões importantes, como a equidade, a universalidade, integralidade, modelo de atenção e recursos humanos, foram ignoradas ou marginalizadas. Neste contexto, a iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” teve como objetivo influir na agenda de transformação do setor, redefinindo e valorizando seu papel, e operacionalizando os conceitos que a fundamentam, sendo as Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp), um dos principais instrumentos utilizados.

Essa iniciativa gerou ainda a necessidade da construção de categorias operacionais, que permitiram a Opas desencadear uma avaliação nos países das Américas, dos processos de transformação do setor saúde, tanto por parte do Estado como da Sociedade Civil (MUNÓZ *et al.*, 2000).

Alguns projetos foram desenvolvidos e outros estão em desenvolvimento com objetivo de melhorar a saúde pública nos países do hemisfério, entre os quais destacamos:

1. Desenvolvimento de um instrumento para avaliação do exercício das Funções Essenciais de Saúde Pública.

<sup>1</sup> Apresentação de Júlio Suarez, “As Funções Essenciais de Saúde Pública: um panorama nas Américas”, no I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde, promovido pelo CONASS e Opas – Brasília, 6 a 8 de abril de 2005.

2. Condução de uma avaliação da prática da saúde pública em cada país das Américas, medindo o nível e o desempenho das suas funções essenciais.
3. Publicação no primeiro semestre de 2001, do livro “El estado de la salud pública em las Américas”, que reuniu os diferentes resultados do projeto e um panorama do grau de cumprimento das Fesp nas Américas.
4. Desenvolvimento de um plano de ação hemisférico para o fortalecimento da infra-estrutura e a melhoria da prática da saúde pública.

Para o desenvolvimento destes objetivos a Opas contou com o apoio de um conjunto de especialistas da própria organização, do Centro para o Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e do Centro Latino-Americano de Investigação em Sistemas de Saúde (Claiiss) e consultou especialistas em saúde da área acadêmica, de sociedades científicas e organizações internacionais, compondo uma rede que retro alimenta continuamente o avanço do projeto.

## **1.1 Bases conceituais de saúde pública que orientaram a definição das funções essenciais**

A saúde pública é parte integrante do sistema de saúde e a definição das funções essenciais apóia-se no conceito de saúde pública como uma ação coletiva do Estado e da Sociedade Civil para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades. É uma noção que ultrapassa as intervenções de base populacionais ou comunitárias e que inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A atuação da sociedade manifesta-se nas instituições, nas práticas sociais e nos valores socialmente reconhecidos que modelam as atitudes, condutas sociais em favor da vida e da saúde.

O Estado é a instituição que coordena e mobiliza as condições para o cumprimento das Fesp, cuja responsabilidade específica é atribuída operativamente ao governante ou autoridade sanitária designada para este fim e que deve ser capaz de mobilizar os atores pertinentes, os recursos necessários e as estratégias.

Nessa iniciativa, a saúde pública não é vista como uma disciplina acadêmica, mas fundamentalmente como prática social interdisciplinar. Seus objetos são de natureza pública, tais como bens públicos e de mérito social. Uma das funções mais importantes de saúde pública é a mobilização social (da sociedade civil) e a capacitação da população para a participação social.

Apesar de o Estado ser o principal responsável pela sua execução e operacionalização, a saúde pública não é concebida como sinônimo de responsabilidade apenas e exclusivamente do Estado: o seu desenvolvimento ultrapassa as incumbências próprias do Estado e, além disso, não abrange tudo o que o Estado pode e deve fazer no campo da saúde.

Evidentemente, o exercício adequado dessas responsabilidades é essencial não apenas para elevar o nível de saúde e a qualidade de vida da população, mas por ser parte fundamental do papel do Estado em saúde, o qual inclui ademais a condução, a regulamentação, o financiamento, a supervisão e a padronização da prestação de serviços.



É difícil estabelecer uma separação nítida entre as responsabilidades próprias da saúde pública relativas à condução dos serviços de prevenção de doenças e à promoção da saúde em grupos populacionais definidos e as responsabilidades relativas à organização de serviços voltados à atenção curativa individual.

Os enfoques nessa questão são indubitavelmente diferentes. Na perspectiva do projeto “A Saúde Pública nas Américas”, o papel precípua da saúde pública é dedicar-se à primeira das funções assinaladas anteriormente. No que diz respeito à segunda, suas responsabilidades essenciais preocupam-se primordialmente com o acesso equitativo aos serviços, a garantia de sua qualidade e a incorporação da perspectiva da saúde pública na orientação dos serviços de saúde individuais. É por isso que uma das Fesp definidas na iniciativa refere-se ao reforço da capacidade da autoridade sanitária para garantir o acesso equitativo da população aos serviços de saúde, não considerando uma função essencial a prestação desses serviços. Como se verá no próximo capítulo, é diferente a perspectiva adotada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com apoio do escritório de representação da Opas no Brasil, para o projeto de fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde: aqui também é função essencial a garantia do acesso universal e integral às ações e serviços de saúde.

O fundamental para desenvolver novos conceitos e métodos para as funções essenciais no Brasil é que a saúde pública deve ser vista como um processo social historicamente constituído de valores, que se manifestam nas instituições e organizações, em cada situação e cultura.

## 1.2 Principais características das Funções Essenciais de Saúde Pública

As Funções Essenciais de Saúde Pública foram definidas como condições para melhorar a prática da saúde. Uma das decisões mais importantes para o seu fortalecimento foi o de adotar a definição de indicadores e padrões para a avaliação do seu desempenho, tornando a sua prática consistente e identificando as capacidades institucionais necessárias para seu desempenho geral.

Para tanto, utilizou-se de uma metodologia que inclui as funções estruturantes, garantindo assim, a boa prática e o funcionamento adequado das diferentes áreas de sua atuação, como evidencia o exemplo a seguir, Quadro 1, de duas funções:

**Quadro 1: Funções essenciais e áreas de atuação da saúde pública**

Áreas de Aplicação Fesp	Saúde Ambiental	Saúde do Trabalhador	Saúde Materno-infantil
1. Monitoramento da situação de saúde	Monitoramento de riscos ambientais	Monitoramento de riscos no ambiente de trabalho	Monitoramento de riscos de saúde de mães e filhos
2. Regulamentação e fiscalização	Monitoramento do cumprimento da legislação ambiental	Elaboração das normas de proteção da saúde do Trabalhador e monitoramento da sua aplicação	Monitoramento do cumprimento da legislação de proteção à maternidade

Cada função essencial definida pela Opas possui padrões e indicadores capazes de medir o desempenho das capacidades nas áreas específicas de atuação.

### 1.3 Antecedentes: aspectos metodológicos e a busca de consenso

Na década de 1990, o estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde (OMS) teve como propósito redefinir o conceito de função essencial e atingir um consenso internacional em relação às características centrais dessas funções, inicialmente para apoiar a atualização da política Saúde para Todos no ano 2000.

Nesse estudo, 145 peritos em saúde pública de diferentes nacionalidades foram consultados em três etapas consecutivas. Ao final, o painel definiu nove Fesp, entre elas: 1) Prevenção, vigilância e controle de doenças transmissíveis; 2) Monitoramento da situação de saúde; 3) Promoção da saúde; 4) Saúde ocupacional; 5) Proteção ambiental; 6) Legislação e regulamentação em Saúde Pública; 7) Gestão em Saúde Pública; 8) Serviços de saúde pública específicos; e 9) Cuidados de saúde para grupos vulneráveis e populações de alto risco.

Nos EUA foi organizado um comitê, liderado pelo Escritório para a Prática da Saúde Pública e pelo Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde do CDC, que em 1994 aprovou o documento “A Saúde Pública nos Estados Unidos da América”.

Nesse documento, identificou-se a **visão**, população saudável em comunidades saudáveis, a **missão**, promover a saúde física e mental, e prevenir as doenças e as incapacidades, e os **objetivos de saúde pública**: 1) prevenção de epidemias e da propagação de doenças; 2) proteção contra o dano causado por fatores ambientais; 3) prevenção de incapacidades; 4) promoção de condutas saudáveis; 5) resposta a desastres e assistência a comunidades atingidas; e 6) garantia da qualidade e acesso a serviços de saúde. O mesmo documento definiu 10 “serviços essenciais” de saúde pública, que vão desde o “monitoramento do nível de saúde para identificar problemas de saúde na comunidade” até a “investigação de enfoques e soluções inovadoras para os problemas de saúde”. Esses serviços originam o Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP).

### 1.4 A definição das Fesp para a região das Américas

O projeto teve como ponto de partida a análise dos avanços alcançados previamente na definição das funções essenciais, buscando pontos de convergência entre os diversos enfoques da NPHPSP, da OMS e dos avanços anteriores da Opas.

O estudo da OMS definiu uma função específica para a gestão em saúde pública, cuja avaliação foi primordial na região. Algo similar ocorreu com o desenvolvimento de recursos humanos em saúde pública, incluído como uma função no projeto do NPHPSP e nos estudos prévios da Opas.

A partir desta busca de convergências, o grupo de trabalho encarregado da iniciativa elaborou o primeiro esboço de um instrumento para a avaliação do desempenho das Fesp. Esse esboço apresentava a definição de cada uma das funções essenciais, assim como os indicadores e padrões para a avaliação do desempenho das



mesmas, tendo sido difundido a diferentes grupos de especialistas e profissionais de saúde pública em um processo que culminou na reunião da rede de instituições e especialistas convocadas pela Opas para esse fim<sup>2</sup>.

O instrumento, dessa vez contendo medidas e sub-medidas para cada um dos indicadores, foi validado posteriormente em quatro países da Região (Bolívia, Colômbia, Jamaica e Chile). A validação realizou-se com grupos de informantes-chave que incluíram diretores dos diferentes níveis da autoridade sanitária (central, intermediário e local), acadêmicos e representantes de associações de saúde pública ou de outras instituições afins. Esses exercícios permitiram aperfeiçoar o instrumento de avaliação registrando a experiência e a opinião dos participantes.

Assim, concluiu-se por onze funções, como essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas: monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população; vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na saúde pública; promoção da saúde; participação dos cidadãos na saúde; desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública; fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública; avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários; desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; investigação essencial para o desenvolvimento e a implementação de soluções inovadoras em saúde pública; redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

A publicação na íntegra das funções essenciais, o processo de aplicação nos países das Américas, com os respectivos resultados podem ser encontrados no livro “La Salud Pública em las Américas”.

---

<sup>2</sup> Consulta a especialistas: *Funções Essenciais de Saúde Pública e medição de seu desempenho na prática da Saúde Pública*. Washington D.C., 9 e 10 de setembro de 1999.





## As Funções Essenciais de Saúde Pública para a Gestão Estadual de Sistema Único de Saúde: reconceituação e inovação<sup>3</sup>

Com as funções essenciais, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)<sup>4</sup> introduz uma nova modalidade de cooperação com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), implementando novas práticas e tecnologias avaliativas.

O CONASS, com base nas necessidades crescentes das SES, desenvolve desde 2003 um projeto de fortalecimento da Gestão Estadual denominado “Progestores”<sup>5</sup>. As Funções Essenciais de Saúde Pública, reconceituadas e adequadas ao SUS, ganharam espaço privilegiado nesta linha de trabalho com os estados, na medida em que se estabelece um processo particularizado e próprio de cooperação, com respeito aos processos internos da SES, sua história e cultura organizacional, valorizando o conhecimento acumulado do seu corpo técnico, assim como sua capacidade e autonomia institucional.

Este processo permitiu identificar os pontos fortes e os críticos do desempenho da Gestão Estadual, com participação decisiva da própria equipe dirigente e dos técnicos da SES, com vistas ao fortalecimento imediato da mesma, a partir dos resultados obtidos. **Não se trata, portanto, de uma avaliação externa da gestão da saúde, nem de seus dirigentes**, com finalidade de comparação e classificação entre elas, como também não se trata da produção de conhecimentos desvinculada do compromisso de intervenção na realidade.

Não há preocupação em estabelecer “médias nacionais” ou comparar resultados entre um e outro estado, como tampouco existe a pretensão de que as avaliações e os resultados obtidos sejam a “medida cientificamente aferida” das capacidades e da infra-estrutura da Gestão Estadual. Ao contrário, respeitado o caráter objetivo, sistemático e metodologicamente consistente do instrumento de avaliação, nessa iniciativa são enfatizados os aspectos políticos e ideológicos, desse movimento de construção de uma nova prática social e de novos sujeitos coletivos, direcionados à qualificação e a democratização da gestão do SUS.

<sup>3</sup> O capítulo foi elaborado com base no documento preliminar apresentado por Júlio Strubing Müller Neto, no I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde, promovido pelo CONASS e Opas, Brasília, de 6 a 8 de abril de 2005.

<sup>4</sup> O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi criado em 1982 como entidade de representação política do interesse coletivo dos Secretários Estaduais de Saúde, junto aos demais gestores - municipais e nacional - do Sistema Único de Saúde (SUS), ao Conselho Nacional de Saúde, ao Congresso Nacional, aos usuários e à sociedade.

<sup>5</sup> Em 2003, o CONASS, em parceria e com o financiamento do Ministério da Saúde, desenvolveu o Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores, que em decorrência de seu sucesso transformou-se em eixo permanente de cooperação técnica às Secretarias Estaduais de Saúde.





Para Müller Neto (2005), a iniciativa do CONASS, denominada Fesp/SUS, foi possível graças a estreita colaboração com a Opas e pretende apoiar a consolidação e a melhoria dos sistemas de saúde estaduais com base em padrões exigentes, mas adequados às suas realidades específicas.

## 2.1 O SUS e o novo papel da Gestão Estadual

A Constituição da República Federativa do Brasil incluiu o Sistema Único de Saúde como parte da Seguridade Social, e tem como princípios fundamentais, a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade e a participação da sociedade (BRASIL, 2001).

Essa definição ampliou o campo do direito à saúde, a responsabilidade do Estado em relação à proteção social, exigindo a convergência de políticas que garantam o cuidado à coletividade e às pessoas individualmente. A Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde como política de Estado e reafirmou a necessidade de fortalecer o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, já iniciado anteriormente, como diretriz organizativa para garantir a equidade e a universalidade do acesso.

As Leis n. 8080/90 e n. 8142/90 definiram as competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), ficando o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços de saúde. Foram definidas atribuições comuns (Art. 15 da Lei n. 8080) e específicas (Art. 16, 17 e 18 da Lei n. 8080) aos três entes federativos e instituídos órgãos de gestão colegiada (Tripartite e Bipartites), soluções criativas para a gestão integrada do sistema público de saúde. O artigo 17 da Lei n. 8080/90 delineou as competências da Gestão Estadual do SUS. Apesar da definição das atribuições das três esferas de governo, o fato de haver um grande número de competências concorrentes (comuns) favoreceu uma grande “faixa cinzenta” de indefinições entre elas (BRASIL, 2003).

A participação social foi incorporada como princípio do SUS na Constituição e na Legislação Complementar (Leis n. 8080 e n. 8142/90) e deu lugar à criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, em todos os municípios brasileiros, estados e União. Outros mecanismos formais de controle social foram sendo incorporados ao SUS, tais como, ouvidorias e disque-denúncia, com objetivo de ampliar o contato e os espaços de relação dos usuários com os serviços de saúde, criando novas formas de expressão e de defesa dos interesses dos indivíduos, dos grupos e da coletividade. Esse conjunto de iniciativas constitui outra importante inovação no âmbito das políticas públicas e da relação Estado-Sociedade no Brasil contemporâneo.

Na sociedade, para além dos Conselhos e Conferências, muitos espaços são criados e reformulados no cotidiano da vida das comunidades, seja de reflexão, auto-ajuda, resistência, solidariedade, sobrevivência, reivindicação e mobilização em torno das necessidades concretas da população e dos diferentes grupos sociais.

No caminho percorrido para a implementação do SUS, a descentralização, da gestão e do modelo de atenção à saúde, tem sido apontada como diretriz que está de fato favorecendo a capilarização da rede de serviços, possibilitando o surgimento de novas demandas e ampliando o acesso da população, através de novos modelos e estratégias, como exemplo, o Programa de Saúde da Família. A municipalização da saúde foi a principal forma





adotada para o desenvolvimento da descentralização da saúde, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos mais relevantes do SUS, ao longo da década de 1990. Isto propiciou uma maior responsabilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde, no gerenciamento do sistema local.

Viana (1998) considerou a municipalização como a marca mais significativa da política de saúde que deu lugar de destaque aos executivos municipais na gestão dessa política, transferindo para o executivo municipal, na figura do prefeito e do secretário municipal de saúde, as principais decisões sobre essa política. Para a autora, os prefeitos e políticos locais passaram a perceber a saúde como importante instância de legitimidade e de votos, o que poderia impulsionar inovações como também entraves, de acordo com os interesses do executivo e dos atores políticos preponderantes.

Mendes (2001) também assinalou a importância do processo de municipalização ocorrido no país, mas chamou a atenção para o fenômeno da “municipalização autárquica”, processo de construção de sistemas municipais isolados, sem inserção regional e ligados diretamente ao gestor federal, tentando abstrair o papel da esfera estadual. A municipalização autárquica propicia a fragmentação dos sistemas municipais e possibilita o surgimento de novas iniquidades, como as diferentes barreiras de acesso ao cidadão de municípios menores e de gestão incipiente, sem autonomia. Na análise de Viana (1998), o reforço no poder do executivo municipal pode ter ocorrido pela ausência das instâncias estaduais e federais, o que dificultou também a relação intermunicipal, a construção de sistemas intermunicipais (consórcios) e do próprio sistema de saúde, porque não estabeleceu a complementaridade e a hierarquia entre as instituições e serviços.

As mudanças organizacionais ocorridas no sistema público de saúde brasileiro na década de 90 retiraram as SES da linha de frente da prestação de serviços. O período foi caracterizado pela indefinição de muitas secretarias em relação ao seu novo papel e suas atribuições. O que evidenciou, em muitas delas, uma crise de governabilidade em decorrência de sua baixa capacidade institucional. A principal consequência dessa situação foi o vazio político e técnico ocorrido na maioria dos estados brasileiros no processo de municipalização, ficando frágil a articulação e coordenação dos sistemas estaduais e das redes de serviços para além da responsabilidade municipal.

Foi no final da década de 1990 que os estados ampliaram sua capacidade de intervenção, estabelecendo-se como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde. Isto se deve, em parte, às sucessivas crises da assistência nos municípios de grande porte, à pressão da demanda por serviços de maior complexidade, e as exigências efetuadas pelos municípios de pequeno e médio porte para garantir as referências especializadas para as necessidades da sua população. Com o esgotamento do modelo hegemônico de descentralização em curso, tem lugar o debate sobre a implementação do SUS e surgem diferentes iniciativas em torno da regionalização da saúde, recolocando as SES no papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde.

A implementação de novos modelos assistenciais, baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, vêm exigindo uma maior capacidade institucional das Secretarias Estaduais de Saúde, para o exercício de inúmeras funções, entre elas: a formulação de políticas, planejamento, financiamento, regulamentação e normatização, garantia e regulação do acesso aos serviços de saúde, organização regionalizada da rede



de serviços de saúde, monitoramento e avaliação do sistema estadual e articulação de esforços e cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde.

Tais funções adquiriram maior relevância com o desenvolvimento das redes de serviços assistenciais, e das redes sociais, e com a responsabilidade de conduzir e regular, com frequência, um sistema composto por entidades públicas e privadas atuando juntas para melhorar a saúde da população.

Um importante componente deste processo foi a articulação política e técnica dos gestores estaduais nos espaços da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aparecendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como importante ator na mobilização política e na capacitação dos gestores e técnicos das SES para o seu novo papel (MÜLLER NETO, 2003).

O movimento em prol do fortalecimento do papel do estado e da regionalização, como estratégia complementar à municipalização, além de revelar novos atores, colocou novos pactos e novos processos na agenda política, tais como: a microrregionalização dos serviços de saúde, as bipartites regionais, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) com sistema de referência e contra-referência, novos modelos de contratação de serviços privados, a regulação do acesso, os consórcios intermunicipais de saúde, as câmaras regionais de controle e auditoria do SUS, entre outros.

Alguns estados, como Ceará, Mato Grosso e Paraná foram pioneiros neste processo, e contribuíram para a criação de modelos inovadores, que forneceram importantes subsídios para a formulação da Norma Operacional da Assistência (Noas 01/02) (BRASIL, 2004). A Noas foi um esforço institucional para transformar a agenda emergente em diretrizes operacionais: introduziu os Planos Regionais da Assistência (PDR), novos parâmetros para a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e novos modelos de redes integradas de serviços e planos de controle, regulação e avaliação. Apesar da sua rigidez normativa a NOAS contribuiu para ampliar o diálogo inter-gestores, para fortalecer a instância estadual (SES) como protagonista na condução da política estadual, da regionalização e para propiciar a construção de novos saberes e práticas para o processo de cooperação com os municípios (BRASIL, 2003).

O atual momento de implementação do SUS coloca novas demandas que passaram a exigir novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas: a construção de redes de serviços integrados; a qualificação dos serviços e a satisfação dos usuários; o código dos direitos dos usuários; a humanização das relações entre profissionais e usuários; a integralidade da atenção e do cuidado; a formação e educação permanente; a co-gestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso; um processo de avaliação permanente de serviços e de sistemas de saúde; entre outros.

Nesse contexto, fica patente o esgotamento das normas operacionais como instrumentos e mecanismos para regular a descentralização e a organização dos sistemas e serviços de saúde. Evidencia-se a necessidade de novos modelos de gestão e pactuação para o enfrentamento dessas novas demandas e para a superação do paradigma normativo-instrumental. A constituição de modelos de gestão mais democráticos e flexíveis, sensíveis à diversidade e às diferentes realidades estaduais, regionais e municipais do país, é o desafio do momento.

Neste sentido o Pacto pela Saúde com seus três (3) componentes, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa





do SUS e o Pacto de Gestão, aprovados em 2006, inauguram uma nova etapa no processo de consolidação do SUS e colocam no centro do debate a capacidade dos entes federativos de trabalhar de modo cooperativo, e não competitivo, de conquistar a adesão dos movimentos populares e da sociedade organizada para ampliar e fortalecer a legitimidade social e política do sistema público de saúde no Brasil, universal, justo e solidário (BRASIL, 2006A; BRASIL, 2006B).

## 2.2 Metodologia da adaptação das Fesp para aplicação nos estados

A aplicação da metodologia e dos instrumentos de avaliação das Fesp/SUS nas Secretarias Estaduais de Saúde considerou todo o contexto e as peculiaridades do sistema público de saúde brasileiro e foi precedida por uma profunda reformulação conceitual. O CONASS definiu uma equipe do seu corpo técnico para coordenação de todo o processo de adaptação, preparação e avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública nos estados. Essa equipe trabalhou intimamente articulada com os responsáveis pelo projeto da Opas no Brasil, com apoio do Escritório Central. Contou também com o apoio de técnicos e acadêmicos indicados pelo Ministério da Saúde, para acompanhar o trabalho de adaptação.

Foram selecionados e contratados consultores com reconhecida experiência na formulação de políticas e gestão na esfera estadual do Sistema Único de Saúde para trabalhar diretamente no projeto.

A primeira fase da adaptação ocorreu no período de novembro de 2004 à março de 2005 e foi realizada em quatro oficinas de trabalho, utilizando-se a metodologia de grupos nominais e a técnica da “construção de consensos”. Esse processo de trabalho alternou-se com a revisão e a elaboração das mudanças em cada uma das funções por parte dos consultores, o que exigiu um trabalho de aprofundamento da proposta original desenvolvida pela Opas e revisão dos principais documentos do SUS.

Esta etapa incluiu a revisão dos aspectos conceituais, estruturais e operacionais das 11 funções essenciais e foi realizada em duas oficinas de trabalho, uma em novembro, e a outra em dezembro de 2004, ambas na sede da Opas, em Brasília.

A primeira oficina contou com a participação do Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Dr. Oscar Feo e Dra. Graziela Muniz Saavedra, expositores convidados pela Opas para apresentar “A Iniciativa da Saúde Pública nas Américas” e os aspectos conceituais e operacionais das Fesp.

Nesta oficina, o representante do CONASS apresentou os princípios e as diretrizes, o marco legal e institucional do Sistema Único de Saúde no Brasil, bem como as atribuições e responsabilidades da autoridade sanitária estadual (Gestão Estadual). O Ministério da Saúde participou da oficina com seis representantes, indicados pela Secretaria Executiva<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Aos consultores foi disponibilizado um conjunto de documentos referente às FESP e SUS, como: a publicação da OPAS “La Salud Pública en las Américas”, a legislação básica do SUS, os documentos produzidos pelo CONASS “Para entender a gestão do SUS”, e o relatório da oficina de consenso, realizada em 2003, sobre as atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde.



Na segunda oficina, a equipe de coordenação do CONASS e da Opas, juntamente com os consultores, fez uma avaliação de cada uma das definições, dos indicadores e dos padrões das Fesp, em uma perspectiva de adequação ao Sistema Único de Saúde. Nessa oportunidade, definiram-se pelo agrupamento de algumas funções que foram distribuídas entre os consultores, para formulação da proposta de adequação.

As duas primeiras oficinas produziram algumas definições teórico-metodológicas e encaminhamentos importantes para o processo de adaptação:

- Considerar os princípios, as diretrizes e as definições legais do SUS.
- Ter como foco as responsabilidades sanitárias da esfera estadual do SUS.
- Incluir uma nova função estrutural para a autoridade sanitária estadual, “coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde”.
- Mudar, suprimir e incorporar definições, indicadores e perguntas.
- Respeitar a estrutura do documento e a sua coerência interna para não gerar alterações no resultado final.

Ao aplicar essas orientações, produziu-se um grande número de adequações: em algumas delas, um simples ajuste; em outras, a total substituição do conteúdo.

Novos debates e a busca de consenso sobre cada uma das propostas de adaptação das funções, elaboradas pelos consultores foram produzidos em duas outras oficinas, com carga horária de aproximadamente 48h de trabalho, incluindo as definições, padrões e as perguntas que somaram mais de 600 questões.

Todas as funções passaram por um processo de revisão final. A mesma equipe que trabalhou na reformulação do instrumento elaborou extensa lista de novos termos e definições que foram incorporados ao glossário, cuja elaboração final ficou a cargo da professora Carmem Fontes Teixeira, da Universidade Federal da Bahia.

O passo seguinte foi a elaboração do manual que orienta a aplicação do instrumento: incluiu um capítulo sobre a definição e os objetivos das Funções Essenciais para a Gestão Estadual no Sistema Único de Saúde, propostas relativas a definição dos participantes e aos critérios de distribuição e configuração dos grupos e suas regras de funcionamento, considerando as especificidades da esfera estadual do sistema.

O processo de adaptação foi concluído em junho de 2005, quando se deu início à validação do instrumento e da metodologia. Esta etapa de trabalho teve apoio de especialistas dos serviços e da academia. A realização do teste piloto ocorreu na Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, em setembro de 2005, e logo após a sua realização a equipe da coordenação nacional e os consultores reuniram-se em uma oficina em Brasília, no mesmo mês, para avaliação dos resultados e do processo, correção dos instrumentos e dos procedimentos metodológicos, encerrando esta fase de adaptação.

Definiu-se que a aplicação da metodologia e dos instrumentos de avaliação das Fesp/SUS somente ocorrerá por adesão voluntária do Secretário de Estado da Saúde. São adotados mecanismos permanentes e dinâmicos de informação às equipes estaduais, seja por meio de informes regulares nas Assembléias dos Secretários e nas





Câmaras Técnicas ou através dos meios de comunicação em uso pelo CONASS (Consensus, CONASS Informa e outros), assim como a publicação de relatórios específicos dos resultados da avaliação no âmbito de cada estado será de decisão e iniciativa das próprias Secretarias Estaduais de Saúde.

### **2.3 Conteúdo e bases conceituais da adaptação**

O processo de adaptação empreendido pelo CONASS em parceria com a Opas e o Ministério da Saúde demonstrou claramente que as definições e o processo de avaliação das funções reforçam o papel do estado e da instância pública, reafirmando a saúde como prática social a ser melhorada e a população como ator principal desse movimento.

A proposta supera a visão estreita do Estado mínimo e do mercado como regulador das ações de saúde, propagada internacionalmente pela onda neoliberal, e que alguns atores tentaram atribuir à iniciativa da Opas, ao definir a saúde pública como o esforço organizado da sociedade, principalmente por suas instituições de caráter público, para promover, melhorar, proteger e restaurar a saúde das populações por meio de ações de natureza coletiva.

Ao incorporar esse conceito, a definição das funções essenciais supera a concepção tradicional da saúde pública, formulada ainda nas primeiras décadas do século XX por Wislow, impregnada por um forte viés higienista, característico da época.

A reformulação e “tradução” da proposta podem qualificar a organização e o comportamento dos atores que participam do setor e assim melhorar as condições para o desenvolvimento do SUS no Brasil, especialmente em relação à esfera estadual de gestão da saúde. Nessa perspectiva, a adequação das definições e do instrumento de avaliação à realidade do sistema de saúde brasileiro mostrou-se positiva e viável.

É importante ressaltar que a reformulação não opera com a concepção que as funções essenciais esgotam as responsabilidades do Estado brasileiro com a saúde, pois o artigo 196 da Constituição é claro ao afirmar que a saúde é um direito garantido por políticas econômicas e sociais. Há, portanto, um vasto campo de atividades sob responsabilidade do Estado para a garantia do direito à saúde, desenvolvido por outras áreas da administração pública, que ultrapassa as próprias atribuições das Secretarias de Saúde.

A adequação foi feita para a esfera estadual do Sistema Único de Saúde que é uma das três esferas estatais responsáveis pelas ações e serviços de saúde. Isso significa afirmar que as Fesp/SUS estão pensadas para o papel e as atribuições desse nível de gestão do sistema. E mesmo a adaptação das Fesp para a Gestão Estadual do SUS não esgotou o conjunto de atribuições e funções dessa esfera de gestão como, por exemplo, a gestão de recursos e da rede de serviços de referência além, do co-financiamento do sistema.

Pode-se afirmar, portanto, que a Gestão Estadual do SUS tem o papel fundamental de garantir o bom desempenho das funções essenciais e que estas são algumas de suas responsabilidades e atribuições mais relevantes como autoridade sanitária estadual.

Apesar da definição das funções essenciais desenvolvida pela Opas incorporar um conceito de saúde pública mais abrangente, como citado anteriormente, em sua operacionalização ele ainda mostrou-se restrito para ser



adotado no contexto histórico-social do sistema de saúde brasileiro, com seus valores e suas instituições. Isto exigiu uma reconceituação para a realidade institucional brasileira e a incorporação do conceito de saúde como direito de cidadania, garantido constitucionalmente pelo Estado brasileiro. Os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade, a equidade, a democratização, o controle social e a descentralização também foram incorporados. Foi substituído o conceito de “promoção do acesso” por “garantia de acesso” e uma busca permanente pelo conceito de “acesso universal e equitativo” e de “integralidade da atenção”. Entretanto, para preservar o princípio da equidade foi mantida a definição da responsabilidade de melhorar as políticas de acesso dirigidas aos setores e aos grupos em desvantagem social como, por exemplo, populações indígenas e população presidiária. Conceitos fundamentais na construção do SUS como descentralização e democratização foram amplamente considerados, sobretudo na adaptação das funções que tratam da organização e prestação de serviços, assim como da organização dos modelos de atenção e gestão.

Redefiniu-se alguns aspectos das funções e até retirou-se uma função integralmente, a de número onze (11), referente à “redução do impacto de emergências e desastres em saúde”, de pouca aplicabilidade à realidade da Gestão Estadual do SUS. Ela foi substituída por uma nova função destinada a avaliar as capacidades, a infraestrutura e os resultados obtidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e coordenar o processo de regionalização e municipalização da saúde. Aqui, procurou-se enfatizar as atribuições e as responsabilidades da autoridade sanitária estadual na formulação de políticas, no planejamento e na organização e gestão da rede regionalizada de sistemas e serviços de saúde, adequada aos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda nessa direção, a adequação realça a responsabilidade da autoridade sanitária estadual nos aspectos referentes à política, ao planejamento e à cooperação técnico-financeira com os municípios para a implantação, a gestão e a qualificação das atividades e dos serviços de atenção primária à saúde como prática sanitária que favorece a interface das ações de vigilância e as de cuidado às pessoas.

Outra mudança significativa foi à ampliação da concepção de vigilância em saúde pública, muito focada na vigilância epidemiológica no documento da Opas, para uma concepção mais abrangente incorporando as políticas, o planejamento e a gestão das vigilâncias sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador, conforme estabelecido na Constituição e na Lei n. 8.080/1990.

Uma outra definição modificada substancialmente foi a referente à participação social na saúde que avalia as atribuições e as responsabilidades da Gestão Estadual no fortalecimento e na autonomia das instâncias de controle social, entre elas os conselhos e as conferências estaduais de saúde, e no desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da coletividade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões da saúde.

A função número oito (8), originalmente referente apenas ao desenvolvimento e à capacitação de recursos humanos, incorporou atribuições de gestão de pessoas em sentido mais amplo. A metodologia e o instrumento de avaliação das funções também não incorporam atividades tradicionais da gestão, como administração de recursos materiais e financeiros, o que ocasionou a necessidade de incluir alguns indicadores relativos às funções citadas.





## 2.4 As Funções Essenciais Saúde Pública para a Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (Fesp/SUS)

A lista a seguir inclui as onze funções adequadas e adaptadas para aplicação nos estados brasileiros:

- Fesp/SUS n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.
- Fesp/SUS n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
- Fesp/SUS n. 3: Promoção da saúde.
- Fesp/SUS n. 4: Participação social em saúde.
- Fesp/SUS n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
- Fesp/SUS n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
- Fesp/SUS n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- Fesp/SUS n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
- Fesp/SUS n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
- Fesp/SUS n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
- Fesp/SUS n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.







## Metodologia da avaliação

Apresentamos inicialmente algumas noções de avaliação como prática social de participação e de mudança, que fundamentaram a decisão do CONASS em desenvolver a metodologia das Fesp no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação do SUS no Brasil vem exigindo a incorporação de uma nova cultura e práticas de avaliação da gestão, em decorrência do complexo processo de descentralização da saúde e da necessidade cada vez maior de adequar a linha do cuidado prestada pelos serviços de saúde às necessidades e demandas da população.

Pinheiro e Mattos (2006) ao abordarem as implicações da integralidade na gestão da saúde, retomam a Reforma Sanitária como marco político institucional que desencadeou as mudanças no sistema nacional de saúde e que as mudanças pretendidas na reforma não estavam associadas à implementação de um modelo organizacional único, mas de arranjos institucionais, com bases nas potencialidades locais.

Ao propor a integralidade como traçador de inovações na gestão do cotidiano da saúde, através da política, de saberes e práticas, da formação e das práticas participativas, estes autores reforçam a importância do processo de avaliação e do fortalecimento da Gestão Estadual, como experiência concreta dos atores sociais do SUS, expressa na diversidade, na pluralidade e na riqueza das contribuições.

As instituições organizadoras deste projeto também concordam com a posição do Center for the Advancement of Community Based Public Health CBPH (2000), de que a importância da avaliação se encontra na finalidade e não na terminologia em si, principalmente na sua utilização para tomada de decisões e nos benefícios que ela pode proporcionar: construir a capacidade dos atores e engajá-los no processo de mudança, compartilhar o que funciona e o que não funciona com técnicos e comunidade, influenciar legisladores e financiadores e fortalecer a responsabilidade dos envolvidos na superação dos problemas (BAKER, 2000).

O fortalecimento da saúde pública, assim como o empoderamento da cidadania para o auto-cuidado e o controle social, e as reformas, guiadas por valores de solidariedade e centradas nos cidadãos e na qualidade dos serviços, fazem parte da Carta de Lyubljana/OMS (1996) e estão inseridos nos princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro.

O processo de auto-avaliação das funções essenciais em cinco estados brasileiros ao longo de dois anos demonstrou ser uma tecnologia inovadora e adequada à Gestão Estadual do SUS, por seu caráter problematizador e participativo, enfatizando as funções estruturantes do sistema, que reforçam o direito à saúde e a cidadania (MÜLLER NETO *et al.*, 2006). O sucesso do projeto reafirmou a posição e o compromisso das instituições envolvidas em garantir a continuidade e o aprimoramento da metodologia adotada como contribuição ao planejamento e a gestão da saúde nos estados.



As características dos instrumentos utilizados nos estados, assim como o processo de trabalho, os procedimentos e as técnicas de consenso estão descritas neste capítulo como contribuição à construção do SUS com equidade, qualidade, integralidade e participação popular.

### 3.1 A avaliação como prática participativa e de mudança da gestão

Na abordagem de Minayo (2005) a avaliação colocou sujeitos e instituições em interação e a metodologia, como processo de aprendizagem e desenvolvimento, avaliadores e avaliados em busca de comprometimento e do aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições.

A autora enfatizou o conceito de mudança para intervenções sociais e para avaliação, no contexto e na gestão de políticas sociais, tanto para macro processos (sociedade, sociabilidade), como para ambientes microssociais (específica da missão de cada instituição) em que, em escalas diferentes, atores, fatores e condições promovem transformações em diferentes níveis da realidade.

Mudança social inclui diálogo, cooperação e busca de consensos, mas também conflitos e contradições, além de possibilidades de intervenção social e transformações dos processos coletivos. Esta argumentação fica ainda mais evidente:

*Quanto mais uma organização se torna apta às mudanças complexas, mais aumenta sua capacidade vital de interagir com o sistema ambiental, social e ao contexto histórico, pois o movimento permanente executado para responder aos desafios das circunstâncias, constrói solução para os problemas que provocam conflitos e contradições (MINAYO 2005, p. 56).*

Para Silva (2005) a avaliação em saúde é uma prática em construção no Brasil, principalmente de programas, sistemas e políticas. Propõe uma definição da avaliação, como campo de relações entre agentes (pesquisadores, avaliadores e gestores) e instituições e práticas sociais, não restritas à dimensão racional da ação e aquela que situa a avaliação em relação ao uso instrumental dos resultados.

Esta autora abordou o amplo espectro da avaliação, cujos extremos podem ser representados de um lado, pelas avaliações presentes na vida cotidiana e no outro pela investigação avaliativa, sendo que as práticas que tem sido mais freqüentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde.

A avaliação permite coletar, analisar, registrar de forma sistemática as informações sobre um programa ou fenômeno para auxiliar na tomada de decisões, julgar para melhorar o trabalho (BAKER, 2000).

A avaliação varia quanto ao objeto, ao método e técnicas de abordagem e existem múltiplas formas de definir suas dimensões e atributos. Se considerarmos o método de avaliação associado à prática, podemos construir diferentes estratégias para definição da abordagem, critérios e padrões (MEDINA et al., 2005).

No caso específico da avaliação da gestão da saúde, Silva (2005) referiu que ainda é muito utilizada a classificação feita por Donabedian (1988) com enfoque sistêmico na tríade: estrutura – processo – resultados. A estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo envolve as relações entre os diversos agentes da ação (profissional-usuário, gestor-profissional, etc.) e o resultado





refere-se ao produto das ações como consultas, exames, visitas e modificação no estado de saúde do indivíduo e da população.

Para Baker (2000), a avaliação de processo busca responder questões sobre como o programa/serviço foi implementado e como os resultados foram atingidos, quais recursos foram necessários e como foram mobilizados pelas pessoas. Rastreia os pontos fortes e fracos, além de procurar identificar quais partes do programa estão funcionando e quais não. Já a avaliação intermediária identifica os benefícios ou efeitos de curto prazo, conhecimentos e atitudes, crenças ou mudanças de comportamento dos participantes como resultado do programa. Já a avaliação de longo prazo concentra-se na mudança do status da saúde ou sistema.

O objeto a ser avaliado, pode ser delimitado no âmbito de uma instituição pública ou privada, e inclui ações, serviços, estabelecimentos e sistema. O sistema é mais complexo e pode ser delimitado no âmbito municipal, estadual e nacional. Os atributos ou características a serem avaliadas permitem um aprofundamento do objeto, mas são inúmeros os conceitos e terminologias a respeito. As características importantes dos critérios de qualidade que conferem legitimidade ao processo avaliativo devem ser obtidas por consenso (MEDINA *et al.*, 2005).

Estratégia para obtenção de consenso vem sendo largamente conduzida em diversos campos do saber, em particular no campo da saúde, para definição de critérios, padrões e indicadores para a avaliação do sistema e do cuidado (DONAEBIAN, 1992). Um passo importante para a definição do indicador é o estabelecimento de padrões de desempenho, que definem o que se pretende alcançar com a execução da ação e devem ser estabelecidos desde o início da avaliação.

As técnicas mais comuns utilizadas para obtenção de consenso entre especialistas são: 1) o método Delphi, onde os membros que definem os critérios e parâmetros não chegam a se encontrar e todo processo de consulta é realizado por via eletrônica ou por telefone; 2) o grupo nominal, que prevê diferentes etapas de consulta, uma individual prévia, uma segunda de debate entre os participantes e finalmente uma nova consulta individual para a revisão do ponto de vista inicial; 3) o júri simulado, onde a discussão é organizada em forma de tribunal de justiça (MEDINA *et al.*, 2005).

A conferência de consenso é uma técnica mista, proposta em três etapas: 1) preenchimento individual de uma matriz por parte dos especialistas; 2) a discussão aberta entre os participantes; 3) uma nova resposta individual com questões postas em uma matriz (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Para estes autores os processos de construção de consenso não só ampliam a possibilidade de validade dos critérios/indicadores como conferem maior legitimidade aos processos avaliados.

Um recente trabalho de técnica de consenso (por conferência) foi estabelecido por Souza; Silva; Hartz (2005) para avaliação da gestão que agruparam algumas características relacionadas à: disponibilidade e distribuição social de recursos (cobertura, acessibilidade, equidade); efeito das ações (eficácia, efetividade, impacto); ao custo e produtividade das ações (eficiência); adequação das ações ao conhecimento científico (qualidade técnica-científica); adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade e

consistência); processo de implantação (grau e análise de implantação); características relacionais entre os agentes da ação (percepção dos usuários sobre as práticas profissionais, aceitabilidade, acolhimento, relações de trabalho e etc).

No caso das funções essenciais, a definição das funções e a elaboração dos indicadores se deram através do método de consenso *Delphi*. Os indicadores foram construídos a partir de padrões a serem alcançados com enfoque na infra-estrutura, nos processos-chave, nos resultados, na capacidade institucional e no desenvolvimento de capacidade descentralizada (OPAS, 2002).

Como em outros processos de construção de consenso optou-se por padrões ótimos. A definição de padrões aceitáveis é complexa e necessariamente arbitrária, pois supõe ou a eleição de um nível comparável à média hipotética da realidade ou uma definição do mínimo necessário para exercer uma função.

A definição por padrões ótimos razoáveis é mais adequada sempre que, obviamente, esteja relacionada à situação e estimule a melhoria contínua. Tendo em vista o caráter heterogêneo dos contextos avaliados, os padrões serão ótimos para as melhores condições alcançadas em prazos razoáveis. Optar pelos ótimos razoáveis parece mais apropriado e consistente com o objetivo de aperfeiçoar a infra-estrutura dos serviços de saúde pública no menor prazo possível.

### **3.2 O instrumento de avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp/SUS)**

O instrumento adotado pelo CONASS/Opas de avaliação das Fesp/SUS no âmbito da Gestão Estadual, manteve a concepção e a estrutura original proposta pela Opas e as mudanças realizadas referem-se basicamente ao conteúdo. A adaptação utilizou a técnica de consenso de grupo nominal com pequenas alterações. O instrumento é um esforço de agregar os fundamentos da saúde pública, integrando os fatores determinantes externos à saúde às dimensões coletivas dos sistemas de atenção, sem deixar seu objetivo central, a saúde da população.

Trabalha com a concepção que o campo de conhecimento é especialmente um espaço de prática, suscetível de ser delimitado e organizado como tal. A saúde pública não é uma disciplina autônoma e o conhecimento que requer para sua sustentação é aportado de disciplinas diversas, articuladas em função de seus objetivos e de seu objeto. Essa articulação em função de sua prática abarca uma dimensão interdisciplinar e a essência epistemológica da saúde pública pode transcender às vezes as disciplinas utilizadas. Por outro lado, constitui um corpo de geração de conhecimento que enriquece outras disciplinas (OPAS, 2002).

Em relação ao campo e objetos de atuação, o instrumento das funções essenciais abarca os fatores condicionantes, os aspectos do processo social de produção da saúde, partindo da premissa que as ações de saúde pública são de responsabilidade de múltiplos atores, uma conjugação de esforços do estado e da sociedade, de atores governamentais e não-governamentais.

O conceito das funções essenciais incorpora a participação cidadã. A ação básica e permanente em prol da saúde se evidencia nas instituições e nas práticas sociais, nos valores socialmente reconhecidos que mo-



delam as atitudes, e as condutas em favor da vida e da saúde. Também se reconhece as necessidades, as demandas e os desafios coletivos para satisfazê-la. Os grupos organizados da sociedade, as redes informais e formais de apoio, as diversas comunidades de interesse e as manifestações da população na sociedade e do público não estatal constituem as bases sociais de saúde pública, seus determinantes e também seus instrumentos de atuação, inspiração e fortaleza.

O Estado é a instituição reconhecida juridicamente com fim de cumprir as funções de interesse comum e dos diversos grupos sociais. Uma de suas principais responsabilidades é garantir o cumprimento das funções públicas. Algumas de forma direta e outras, por meio de delegação, promoção, complementaridade ou de forma subsidiária. As principais responsabilidades do Estado em matéria de saúde pública são mobilizar, articular, orientar e apoiar a sociedade e especialmente seus atores públicos não estatais.

A autoridade sanitária é a responsabilidade que deve assumir o Estado e mais especificamente, o que corresponde ao governo e às autoridades governamentais, em matéria de saúde pública. Isto inclui não só a responsabilidade de execução direta das atividades e atuações específicas, mas também a forma estratégica de articulação e mobilização dos outros agentes sociais e todas as esferas de governo.

Identifica-se um núcleo de funções e responsabilidades próprias da autoridade (sanitária) do Estado, cujo cumprimento é vital para existência de uma boa saúde da população. Esse núcleo de funções básicas constitui o que se considera “essencial”, para o qual este instrumento operativo foi desenvolvido. Essencial no sentido de ser fundamental e indispensável para a realização dos objetivos e da ação estatal. Outras funções podem ser definidas, porém as essenciais devem estar sempre presentes, já que configuram a matriz para a construção da infra-estrutura operativa da saúde pública (OPAS, 2002). É evidente também, que o consenso do que é indispensável para os objetivos e a ação estatal, no campo da saúde pública, deve ser sempre o mais amplo e, se possível, formalizado e normalizado, como se tem tido incontáveis exemplos na implementação do SUS.

A necessidade imperiosa de redefinir as funções essenciais para o contexto brasileiro, adequá-las aos valores e aos princípios vigentes nas instituições e organizações do sistema público de saúde decorre, portanto, da própria definição de função essencial. Os novos conceitos e os novos métodos das Fesp/SUS, no Brasil, relacionam-se com a concepção de um sistema público universal, eqüitativo, integral e construído de forma descentralizada, em três esferas político-administrativas autônomas.

A operacionalidade de uma função depende, em primeiro lugar, de uma definição suficiente de seu conteúdo, objetivos e atividades e da significação de a quem corresponde à responsabilidade pela execução. Sem a identificação precisa de responsabilidades é impossível a verificação, o acompanhamento, o planejamento e a programação de estratégias e atividades. Daí a necessidade de uma definição operativa que inclua identificação de conteúdo e a responsabilidade de saúde pública. É disso que trata o instrumento de avaliação.



### 3.3 Desenho e lógica do instrumento

O instrumento tem como núcleo central a definição para cada função de um conjunto de indicadores que determinam o seu desempenho. Cada indicador incorpora um conjunto de padrões que delimitam o ótimo razoável. Para avaliação de cada indicador foram criadas as perguntas-mãe, cuja função é enunciar uma questão geral que serve como guia para as perguntas específicas, denominadas de perguntas e sub-perguntas. Assim, o instrumento permite um aprofundamento de cada indicador que é detalhado em forma de questões centrais e específicas e tem um modelo lógico constituído por indicadores, perguntas-mãe, perguntas e sub-perguntas que serão detalhados a seguir.

Cada função essencial possui um conjunto de definições que fundamentam a formulação dos indicadores, contendo noções, conceitos, conteúdos e responsabilidades, caracterizando assim, as condições e capacidades necessárias a serem atingidas pela autoridade sanitária avaliada nos diversos campos de sua atuação. Essas capacidades são a base para a composição dos indicadores e suas respectivas perguntas, usadas para medi-las.

No conjunto, o instrumento dispõe de onze funções e quarenta e sete indicadores.

#### 3.3.1 Indicadores

São padrões usados para medir ou testar modificações. Os indicadores podem estar relacionados aos indivíduos, organizações ou comunidades (CBPH).

No caso, das Fesp/SUS, o indicador é o elemento chave do instrumento capaz de vincular resultados específicos de processos-chaves do sistema e da organização. O indicador possui um padrão que descreve o “ótimo desejável” para seu cumprimento. Os indicadores são usados para avaliar a infra-estrutura, a capacidade institucional, os processos e os resultados envolvidos no desempenho das funções essenciais. Cada função tem entre três e cinco indicadores. Em geral, todas as funções começam com indicadores de resultados e processos. Por exemplo: Indicador 1.1 da Fesp/SUS n. 1 “Instrumentos e Processos de Monitoramento e Avaliação da Situação de Saúde”.

Um outro conjunto de indicadores mede a capacidade institucional e a infra-estrutura para o desempenho das Fesp/SUS, conforme exemplo: Indicador 5.3 da Fesp/SUS n. 5: “Desenvolvimento da Capacidade Institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde”.

Finalmente, um terceiro conjunto de indicadores permite avaliar os esforços para fortalecer a descentralização do SUS, a cooperação com os municípios. Por exemplo, o Indicador 5.5 da Fesp/SUS 5: “Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS”.





### 3.3.2 Pergunta-Mãe (PM)

Enuncia e problematiza as ações capazes de avaliar o desempenho do indicador pelos participantes. Para cada pergunta-mãe foram formulados um grupo de **perguntas e sub-perguntas** que detalham ainda mais as capacidades específicas descritas no padrão de cada indicador. As perguntas e sub-perguntas servem de verificadores do desempenho de cada indicador.

O exemplo a seguir refere-se à pergunta-mãe 7.2.2 da Fesp/SUS n. 7– Promoção e garantia do acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde:

**PM 7.2.2** “A Gestão Estadual do SUS dispõe de capacidade para definir investimentos e a ampliação e/ou realocação da oferta de ações e serviços de saúde em função da programação da assistência, do plano de regionalização e organização das redes”?

E a seguir as perguntas e sub-perguntas:

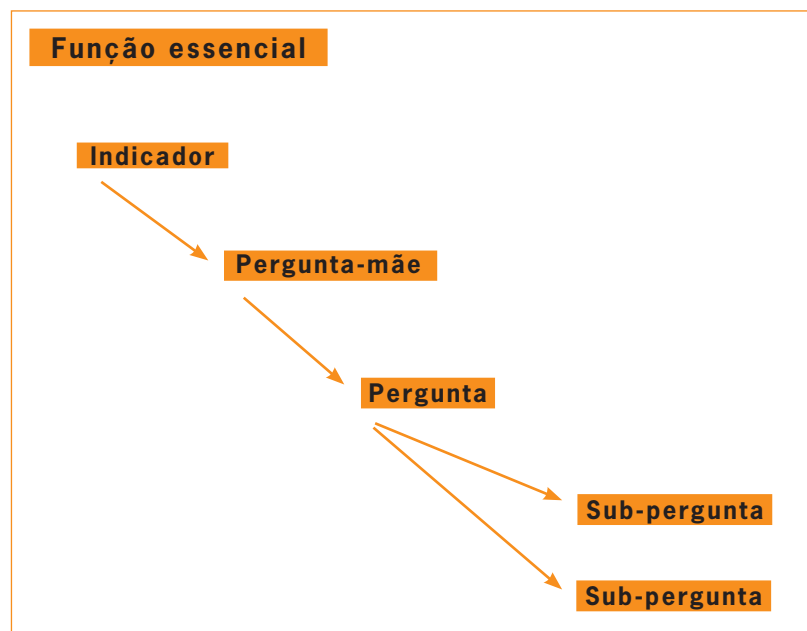
A SES dispõe de pessoal com experiências e capacidades em:

**7.2.2.1** Utilizar a programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes como instrumentos de planejamento?

**7.2.2.2** Priorizar as revisões da programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes, no sentido de beneficiar as populações com maior restrição de acesso?

**7.2.2.3** Desenvolver desenhos adequados de redes a fim de garantir a integralidade da assistência?

Assim, como descrito anteriormente o instrumento tem o seguinte modelo lógico:





### 3.3.3 Pontuação e a consolidação dos resultados

A pontuação de cada indicador é obtida com base no resultado das perguntas-mãe.

O resultado da pergunta-mãe corresponde ao valor médio das respostas dadas às perguntas e sub-perguntas e poderá ser parcial (entre “0” e “1”).

A resposta da pergunta e da sub-pergunta tem como alternativas “Sim” (1) ou “Não” (0), não sendo possível uma resposta parcial. Por isso, a forma como se obtém a resposta coletiva para cada pergunta e sub-pergunta é um ponto relevante do trabalho de avaliação.

O instrumento é acompanhado de um *software* estatístico que permite o cálculo direto do resultado final de cada pergunta-mãe, em função das respostas às perguntas e sub-perguntas que a compõem. O cálculo do resultado final de cada pergunta-mãe é obtido conforme exemplo a seguir:

1.1.1 A Gestão Estadual do SUS utiliza instrumentos e metodologias para medir e avaliar a situação de saúde da população ?	0.45
<b>Os instrumentos e a metodologia para medir e avaliar a situação de saúde:</b>	
1.1.1.1 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito estadual?	1
1.1.1.2 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito regional?	0
1.1.1.3 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito municipal?	0
1.1.1.4 Foram desenvolvidos pela própria Gestão Estadual?	1
1.1.1.5 Incluem a definição das atribuições da esfera estadual e municipal na coleta de informação?	1
1.1.1.6 Facilitam aos Conselhos de Saúde e a população em geral o acesso à informação mantendo a privacidade das pessoas?	0
1.1.1.7 Incluem processos de melhoria contínua dos sistemas de informação?	1
<b>Em caso afirmativo, os processos incluem:</b>	
1.1.1.7.1 Normas uniformes em todos os níveis do sistema de informação?	0
1.1.1.7.2 Procedimento compatível com as necessidades das instâncias estadual e nacional das quais o sistema faz parte e às quais deve prestar informação?	1
1.1.1.7.3 Revisão periódica das normas e dos procedimentos para avaliar sua pertinência, segundo os avanços tecnológicos e as mudanças da política de saúde?	0
1.1.1.8 Descrevem os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral?	1
1.1.1.9 Protegem o sigilo da informação mediante o uso de protocolos definidos para ter acesso aos dados?	0
1.1.1.10 Descrevem os procedimentos a serem seguidos para organizar a informação em um perfil completo da situação de saúde?	0

Nesse caso, o resultado da pergunta-mãe 1.1.1 é equivalente a média obtida das respostas as perguntas de 1.1.1.1 a 1.1.1.10.

A pergunta 1.1.1.7, que possui uma resposta afirmativa, contém três sub-perguntas, das quais uma (1.1.1.7.2.) resposta foi positiva (1) e duas (1.1.1.7.1. e 1.1.1.7.3) foram negativas (0).



Neste caso, onde existem sub-perguntas afirmativas e negativas, adotou-se uma convenção para ponderação do resultado, sendo que a pergunta receberá um peso de 20% e a média das sub-perguntas receberá um peso de 80% e esse valor somado contribuirá para o resultado final da pergunta 1.1.1.

O *software* estatístico calcula o resultado atribuído a cada indicador a partir da média obtida pelas perguntas-mães e o desempenho de cada função, a partir da média obtida pelo conjunto de indicadores.

Ao final do processo, obtém-se a média final da auto-avaliação da Gestão Estadual em relação aos quarenta e sete indicadores e às onze funções.

### **3.4 Processo de auto-avaliação nos estados**

A auto-avaliação nos estados é realizada através de uma oficina de trabalho, em três dias consecutivos, a partir da formação de três grupos de trabalho. Os grupos são constituídos de participantes escolhidos pelo Gestor Estadual e sua equipe gestora. Para tanto, é realizada uma reunião preparatória no estado com o apoio da coordenação nacional das Fesp/SUS.

Os procedimentos metodológicos para a operacionalização das Funções Essenciais na Gestão Estadual foram desenvolvidos simultaneamente à adaptação do instrumento: seleção dos participantes, distribuição dos participantes por funções, programação e dinâmica das oficinas.

A condição para realização da oficina no estado é primeiramente a adesão formal do(a) Secretário(a) Estadual de Saúde. A segunda condição é a constituição de uma coordenação estadual para condução local dos trabalhos. A terceira condição implica na garantia e financiamento da logística para realização das oficinas pelo Gestor Estadual.

A etapa de preparação e realização da avaliação dos estados envolve uma forte parceria entre o CONASS, a Opas e a SES nas atividades de seleção dos participantes, organização da estrutura logística, reprodução dos documentos necessários, orientação dos coordenadores estaduais, convite aos participantes, definição da programação da oficina, entre outras. As responsabilidades são compartilhadas e para o êxito de todo o processo foram definidos os papéis de cada equipe de trabalho.

#### **3.4.1 Coordenação nacional**

Constituída por uma equipe de profissionais designados pelo CONASS e Opas que desempenham um papel ativo na facilitação do cumprimento das atividades necessárias para a avaliação das Fesp/SUS em cada estado. Estas instituições são representadas por um coordenador estratégico que realiza as ações políticas junto a SES e coordena a equipe dos facilitadores, que são os técnicos capacitados para condução da etapa preparatória e da oficina de avaliação.

A coordenação política e técnica têm como responsabilidade; 1) orientar e assessorar a realização da oficina preparatória; 2) capacitar os coordenadores estaduais; 3) apoiar e assessorar a Gestão Estadual na organização e realização da avaliação, garantindo todos os documentos necessários; 4) coletar e sistemati-

zar as avaliações dos participantes; 5) conduzir em conjunto com a Gestão Estadual a abertura da oficina e a plenária final de encerramento, apresentando o resultado final aos participantes; 6) sistematizar o informe final contendo o processo e os resultados da avaliação do desempenho das Fesp/SUS no estado e encaminhar ao Secretário de Estado de Saúde; 7) orientar a equipe dirigente em relação a etapa de elaboração do plano de fortalecimento das funções essenciais . Todas as despesas das atividades da coordenação nacional são de responsabilidade do CONASS, com apoio da Opas e do Ministério da Saúde.

### **3.4.2 Coordenação estadual**

Designada pelo Secretário Estadual de Saúde e constituída de no mínimo três profissionais responsáveis pela condução dos trabalhos. É responsável por organizar a logística, elaborar e submeter ao(a) Secretário(a) a lista dos participantes, distribuir os participantes por grupo e convidá-los formalmente e elaborar a programação da oficina de avaliação.

### **3.4.3 Reunião preparatória**

A reunião preparatória é realizada com no mínimo 30 dias de antecedência da oficina de avaliação e tem como objetivo orientar a Gestão Estadual em relação aos procedimentos técnicos e administrativos necessários à sua realização. É realizada em um dia, com participação da equipe de coordenação da SES e de dirigentes e técnicos convocados pelo(a) Secretário(a) de Saúde.

Nela são apresentados a parte conceitual, os conteúdos, a metodologia da avaliação, a orientação sobre os procedimentos e a logística necessária à realização da oficina.

### **3.4.4 Seleção dos participantes**

A seleção dos participantes é um das tarefas mais importantes deste processo, pois a presença de atores ou informantes chaves, de especialistas da área e de convidados externos à SES, ou seja, sem vinculação à administração estadual, poderão contribuir decisivamente para o sucesso da avaliação, ao incorporar diferentes olhares e a diversidade de opinião.

A seleção dos participantes da oficina de auto-avaliação das Fesp/SUS é de competência e decisão do Gestor Estadual com a colaboração da equipe dirigente.

A metodologia sugere uma relação de atores chaves que colaboram direta ou indiretamente na gestão, oriundos do quadro técnico e de direção da própria SES (nível central, regional e unidades próprias de serviços), do Conselho Estadual de Saúde, do Cosems, outras instituições governamentais e não-governamentais (universidades, centros de pesquisa em saúde, prestadores públicos e privados, e outros) (Quadro 2).



Enfatiza-se a necessidade de um conjunto representativo da equipe dirigente e dos técnicos da Secretaria de Saúde e a participação de atores externos a serem distribuídos nos três grupos de avaliação. Sugere-se que pelo menos 20% a 30% das vagas sejam destinadas aos atores sem vínculos com a Secretaria.

Finalmente, o processo de seleção deve assegurar o perfil adequado em correspondência as diferentes funções, interdisciplinaridade, disponibilidade de presença estável durante os três dias da oficina e compromisso com o SUS.

É enfatizada a autonomia da Gestão Estadual para a definição dos participantes, levando em conta as orientações propostas pela coordenação nacional.

### **Quadro 2: Participantes no exercício da avaliação**

1	Gestor Estadual (Secretário(a) Estadual de Saúde);
2	Titulares do primeiro escalão da SES (subsecretários, chefe de gabinete, superintendentes, diretores(a), por ex.);
3	Principais assessores do Secretário(a);
4	Gerentes e técnicos responsáveis pela definição das políticas e planejamento em saúde;
5	Membros do Conselho Estadual de Saúde (CES), representantes de usuários e de trabalhadores;
6	Gerentes, preferencialmente epidemiologista, das áreas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental e de Saúde do Trabalhador;
7	Gerentes do Fundo Estadual de Saúde e/ou da área orçamentária, financeira e contábil;
8	Gerentes da área de Avaliação de Tecnologias;
9	Gerentes da área de Programação, Controle e Avaliação;
10	Gerentes da área de Auditoria;
11	Gerentes da área de Regulação da Assistência;
12	Gerentes da área de Administração Hospitalar Central;
13	Gerentes da área de Atenção Básica ou Primária da Saúde;
14	Gerentes da área de Administração de Material e Insumos;
15	Gerentes da área de Administração de RH;
16	Gerentes da área de Desenvolvimento de RH;
17	Dirigentes de Hospitais Universitários ligados às SES.
18	Dirigentes da área de Informação e Informática;
19	Dirigentes das Regionais de Saúde;
20	Gerentes dos Lacen;
21	Dirigentes de organismos de administração indireta das SES (fundações e institutos);
22	Membros dos cursos da área de saúde das universidades;
23	Dirigentes das Escolas de Saúde Públicas e das Escolas Técnicas de Saúde
24	Membros dos institutos e/ou Núcleos de Saúde Pública/Coletiva das Universidades;
25	Dirigentes de organizações não-governamentais ligadas à Saúde;
26	Membros da Diretoria do Cosems.

A lista não constitui uma recomendação estrita e pode ser modificada de acordo com a realidade de cada estado, respeitando-se a decisão da Gestão Estadual.

### 3.4.5 Distribuição dos participantes por função

**Quadro 3: Matriz de distribuição dos participantes por função**

Participantes Potenciais	Funções										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Gestor Estadual (Secretário(a) Estadual de Saúde)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Titulares do primeiro escalão da SES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Principais assessores do Secretário	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gerentes e técnicos responsáveis pela definição das políticas e do planejamento em Saúde					X	X	X	X	X	X	X
Membros do CES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gerentes, preferencialmente epidemiologistas, das áreas de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental e de Saúde do Trabalhador	X	X				X			X	X	X
Gerentes do Fundo Estadual ou da área Orçamentária, Financeira e Contábil				X	X	X	X				X
Gerentes da área de Avaliação de Tecnologias	X								X	X	X
Gerentes da área de Programação, Controle, Auditoria, Avaliação e Regulação da Assistência	X				X	X	X		X	X	X
Gerentes da área de Administração Hospitalar Central						X		X	X		X
Gerentes da área de Atenção Básica ou APS	X	X	X	X	X		X	X			X
Gerentes da área de Administração de Material e Insumos				X	X	X					X
Gerentes da área de Administração e de Desenvolvimento de RH	X				X			X	X	X	X
Dirigentes de Hospitais Universitários ligados às SES							X	X	X	X	X
Dirigentes da área de Informação e Informática	X	X			X				X	X	X
Dirigentes das Regionais de Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gerentes dos Lacen		X				X			X	X	X
Dirigentes de organismos de administração indireta das SES (fundações e institutos)			X	X	X			X			X
Membros de cursos da área de Saúde das universidades			X		X			X	X	X	X
Dirigentes das Escolas de Saúde Públicas e das Escolas Técnicas de Saúde			X		X		X	X	X	X	X
Membros dos institutos e/ou Núcleos de Saúde Pública/Coletiva das universidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dirigentes de organizações não governamentais ligadas à saúde			X	X	X	X			X		X
Membros da diretoria do Cosems	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

O número ideal de participantes no grupo é de aproximadamente quinze pessoas, podendo variar de dez a vinte. A metodologia propõe a inclusão de peritos ou especialistas que contribuam com informações importantes para a avaliação de cada função, sem, no entanto, converter o instrumento em uma ferramenta destinada à peritos. Ao contrário, interessa a resposta do coletivo.



O grupo deve ter estabilidade e representatividade e pode ainda incorporar outros participantes convidados, de acordo com suas especificidades.

Para distribuição dos participantes foi elaborada uma matriz (Quadro 3), que orienta os estados na configuração dos grupos com base no perfil das funções essenciais, agregando critérios de representatividade, especialização e liderança.

A matriz relaciona as possibilidades de articulação da representatividade e/ou da especialização dos potenciais participantes ao conteúdo de cada função essencial com objetivo de propor alguns indicativos para a configuração dos grupos.

### 3.4.6 Distribuição das funções por grupo

Foram definidos três grupos de trabalho para realizar a avaliação das onze Fesp/SUS, a partir da validação dos pilotos realizados nos estados de Goiás e Rondônia. Assim, cada grupo realizou a avaliação de um conjunto de quatro a cinco funções. Inicialmente convencionou-se que todos os grupos realizassem a avaliação da Fesp/SUS n. 11 (Coordenação do Processo de Regionalização e Descentralização da Saúde), uma vez que esta função foi integralmente substituída em relação a proposta original e pela importância da mesma no conjunto das ações da SES.

A distribuição das funções atribuídas aos grupos (Quadro 4) seguiu critérios de afinidade temática, agrupamento de participantes por eixos estruturais da Gestão Estadual, quantidade de perguntas e tempo estimado para obtenção de consenso, mas é flexível, podendo ser adotada outra forma de distribuição, como foi o caso de Rondônia.

#### Quadro 4: Distribuição das funções por grupo

<b>Grupo 1</b>	• n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.
	• n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
	• n. 3: Promoção da saúde.
	• n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
<b>Grupo 2</b>	• n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.
	• n. 4: Participação social em saúde.
	• n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
	• n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
<b>Grupo 3</b>	• n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.
	• n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
	• n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
	• n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde
	• n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

### 3.4.7 Logística

As oficinas são realizadas em local diferente do trabalho habitual de seus participantes para garantir a permanência e adequada concentração nas atividades. São necessários: um auditório para 50 a 60 pessoas contendo equipamento de audiovisual para as apresentações do início e final do evento, três salas com capacidade para 15 a 20 participantes, distribuídos em forma de “U”, favorecendo, assim, o intercâmbio direto entre os participantes da oficina; equipamento de informática nas três salas; almoço e lanche para os participantes; sala de apoio e secretaria com equipamento de informática, três digitadores e um profissional de apoio administrativo.

Como parte da logística de preparação do evento, a coordenação nacional garante os materiais que são utilizados pelos participantes durante o exercício: o instrumento de avaliação com o glossário e o *software* estatístico com as orientações para a instalação e manuseio.

Outros materiais de uso da coordenação estadual e nacional disponibilizados para o evento compreendem: o formulário de avaliação individual, a ficha de identificação dos participantes e a lista de frequência.

O instrumento de avaliação é encaminhado com antecedência aos participantes da avaliação para leitura e busca de dados e informações para subsidiar sua participação no processo.

O glossário é uma referência importante para a análise e interpretação das definições e dos termos que são utilizados no instrumento.

## 3.5 A oficina de avaliação

A oficina tem a duração de três dias, quando os grupos, previamente definidos, realizam o processo de auto-avaliação, para responder as perguntas e sub-perguntas de cada indicador das 11 funções essenciais.

Participam da abertura formal o (a) Secretário(a) Estadual de Saúde, representantes das instituições parceiras (CONASS e Opas) e instituições convidadas. É apresentado um histórico, os aspectos conceituais, e a metodologia da auto-avaliação, bem como as orientações gerais dos procedimentos a serem realizados nos grupos.

Nos grupos os facilitadores realizam orientações quanto ao funcionamento, a dinâmica dos trabalhos e dos procedimentos metodológicos em busca do consenso. O coordenador é responsável pela condução do grupo e o sub-coordenador faz o acompanhamento e conferência dos resultados gerados pelo *software* e ambos são eleitos a cada nova função a ser avaliada.

Os grupos exercitam a metodologia e de forma participativa realizam um processo intenso de debate, para formar o consenso sobre a resposta a ser dada à cada pergunta e sub-pergunta.

Após a conclusão dos trabalhos dos grupos, ocorre à plenária de encerramento, coordenada pelo(a) Secretário(a) Estadual de Saúde, onde são apresentados e debatidos os resultados da avaliação dos grupos e do processo como um todo.

Finalmente, através de um formulário, com questões abertas e fechadas, os participantes registram sua opinião quanto ao processo, a organização do evento, quanto ao conteúdo, a metodologia e a aplicação dos resultados.



### 3.5.1 A técnica de consenso

A resposta ao instrumento é um processo coletivo, baseado na busca do consenso diante de cada questão. A busca de formação de consenso permite àqueles que têm opiniões diferentes sobre um tema ou atividade prestar sua contribuição e, assim, estimular o debate e a reflexão do grupo. A troca de informação entre os participantes das diversas áreas é um ponto forte do processo.

Antes de iniciar a avaliação, o facilitador faz uma apresentação geral da função esclarecendo conceitos-chaves e procede a leitura de todos os indicadores da função.

O coordenador do grupo faz a leitura do indicador e seu padrão. Após a leitura da pergunta-mãe, seguindo a técnica de consenso, todos os participantes respondem a questão utilizando o cartão “**verde (SIM) e vermelho (NÃO)**”. Todos devem levantar o cartão ao mesmo tempo. Quando há consenso (100% dos participantes pelo SIM ou pelo NÃO) o coordenador segue a avaliação da próxima pergunta.

Se não há consenso, o coordenador abre uma fase de argumentação, sendo que um participante argumenta pelo sim e outro pelo não. O argumentador pode utilizar até 3 minutos para defesa do seu ponto de vista.

Após a apresentação dos dois argumentos faz-se nova leitura da pergunta em questão e o grupo é convocado a um novo consenso.

Ainda não havendo consenso nesta etapa, abre-se uma nova rodada de argumentação e se o grupo ainda não chegar ao consenso, a opção seguinte é pela votação: 65% dos votos a favor indica a resposta SIM.

Concluído o processo de votação da pergunta ou sub-pergunta, deve ser digitado e confirmado o resultado no *software*. Concluída a avaliação da função, a mesma deverá ser impressa para conferência e assinatura do coordenador e sub-coordenador.

### 3.5.2 Informe final da avaliação

É o documento produzido pela coordenação nacional e encaminhado ao(a) Secretário(a) de Estado da Saúde contendo as seguintes informações: 1) relatório da reunião preparatória; 2) descrição da oficina de avaliação, incluindo o processo de organização, logística, relação dos organizadores e dos participantes por instituição e as características dos grupos; 3) a avaliação sob a ótica da coordenação nacional e dos participantes; 4) os resultados e conclusões.

O informe destaca os pontos fortes e fracos da gestão no desempenho das funções essenciais e tem como objetivo subsidiar a análise e a reflexão em relação ao resultado obtido e a formulação de um plano de fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde.

Os principais resultados são apresentados em um gráfico de barras contendo as pontuações das funções e dos indicadores. Os resultados dos indicadores também são disponibilizados por áreas de avaliação: Cumprimento de Resultados e Processos-Chave; Desenvolvimento de Capacidades e Infra-estrutura; e Desenvolvimento da Cooperação com os Municípios.



**Cumprimento de Resultados e Processos-Chave:** Refere-se à eficácia (resultados) e à eficiência (processos) com que são realizadas as funções, que por sua vez são competência da Gestão Estadual.

**Capacidade Institucional e Infra-Estrutura:** condições humanas, tecnológicas, de conhecimento e de recursos necessárias para o ótimo desempenho das funções.

**Cooperação com os municípios:** capacidade para apoiar os municípios ou transferir-lhes competências a fim de fortalecer o exercício descentralizado da gestão do sistema de saúde.



## As Funções Essenciais nos estados: primeiras evidências

Os resultados da auto-avaliação das onze Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp/SUS), realizada em cinco Secretarias Estaduais, são apresentados neste capítulo, organizados em três blocos que contemplam: 1) a média geral do desempenho da Secretaria em relação ao conjunto das funções e os seus indicadores; 2) a pontuação e a posição dos quarenta e sete indicadores em relação à média geral de cada SES; 3) a representação dos indicadores agregados por área de avaliação/intervenção, incluindo a capacidade e infra-estrutura, resultados e processos-chaves e cooperação com os municípios. As avaliações foram realizadas no período de setembro de 2005 a março de 2006, nos seguintes estados: Ceará, Goiás, Mato Grosso, Rondônia e Sergipe.

A identificação das secretarias foi definida de forma aleatória, utilizando os códigos **S1**, **S2**, **S3**, **S4** e **S5**.

Como afirmado anteriormente, a apresentação e discussão dos resultados não tem como objetivo comparar desempenho entre secretarias, mas servir de subsídio para análises e reflexões mais elaboradas sobre as áreas consolidadas da Gestão Estadual no âmbito do SUS, assim como das suas principais dificuldades. Uma outra razão para evitar comparações entre secretarias é que o processo envolve atores com diferentes perfis, experiências profissionais e graus de exigência, atuando em realidades muito diversas entre si, como são as Secretarias Estaduais de Saúde. As análises, quando comparativas, são apenas para elucidar as tendências e o comportamento das funções e indicadores internos às secretarias, ou seja, a percepção dos atores sobre o desempenho das diferentes funções da Gestão Estadual.

### Quadro 5: As 11 funções

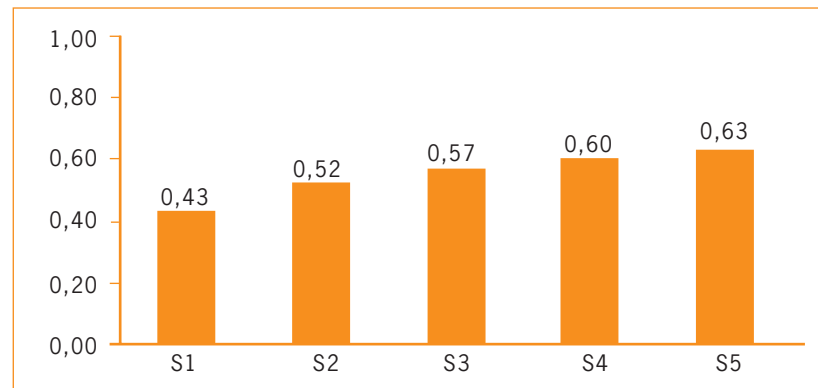
<b>F1</b>	Fesp/SUS n. 1	Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.
<b>F2</b>	Fesp/SUS n. 2	Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
<b>F3</b>	Fesp/SUS n. 3	Promoção da saúde.
<b>F4</b>	Fesp/SUS n. 4	Participação social em saúde.
<b>F5</b>	Fesp/SUS n. 5	Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
<b>F6</b>	Fesp/SUS n. 6	Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
<b>F7</b>	Fesp/SUS n. 7	Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
<b>F8</b>	Fesp/SUS n. 8	Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
<b>F9</b>	Fesp/SUS n. 9	Promoção e garantia da qualidade dos serviços da saúde.
<b>F10</b>	Fesp/SUS n. 10	Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
<b>F11</b>	Fesp/SUS n. 11	Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da saúde.

Importante ressaltar que o trabalho de cooperação com as funções essenciais gerou a valorização do processo de avaliação e da metodologia participativa, incorporou novos atores na elaboração da agenda, além de motivar o conjunto dos técnicos e gerentes da Gestão Estadual.

## 4.1 Análise das funções essenciais

A média do desempenho das Secretarias Estaduais na auto-avaliação das funções essenciais pelos participantes variou de 0,43 a 0,63, conforme Gráfico 1.

**Gráfico 1: Média das SES na avaliação das Fesp/SUS**

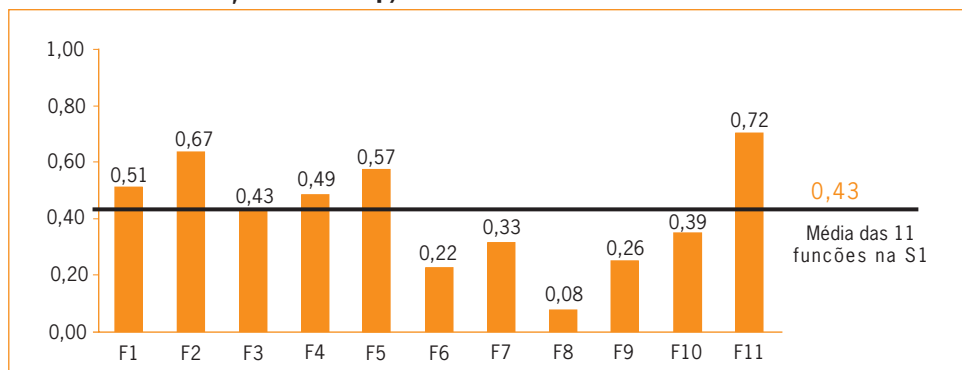


Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Na variação da pontuação das funções essenciais em cada secretaria, observadas nos gráficos de 2 a 6, é possível verificar a posição da função em relação à média da SES, identificando aquelas com posição abaixo e acima desta média. Por exemplo: A SES **S1** alcançou na avaliação final uma média de 0,43 e as funções F1, F2, F3, F4, F5 e F11 tiveram pontuação igual ou acima dessa média. As funções F6, F7, F8, F9 e F10 tiveram pontuação abaixo da média, com destaque para a F11 e F2 com maior pontuação e a F6, F8 e F9 com menor pontuação. Observa-se um equilíbrio positivo entre as funções de avaliação e planejamento, vigilância, promoção da saúde e controle social e uma tendência de fragilidade para as áreas de fiscalização, auditoria e marco regulatório, garantia do acesso aos serviços de saúde e qualidade dos serviços, ciência, tecnologia e recursos humanos.



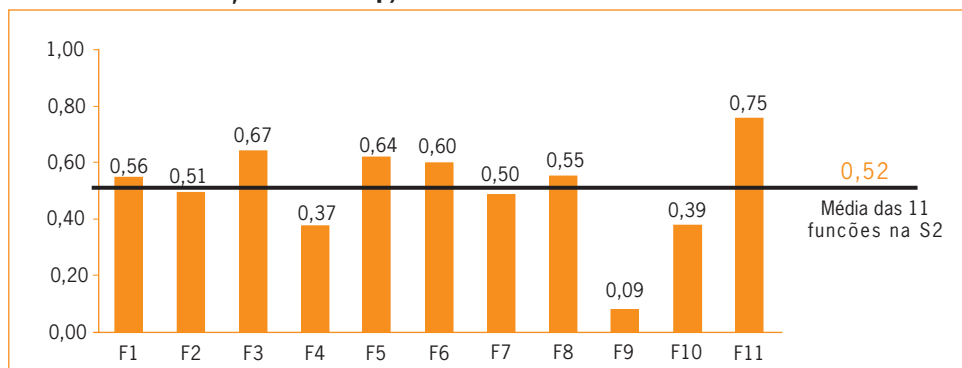
**Gráfico 2: Pontuação das Fesp/SUS na SES S1**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Na SES **S2** tem destaque a F3 e F11 com maior pontuação e F9 com menor pontuação.

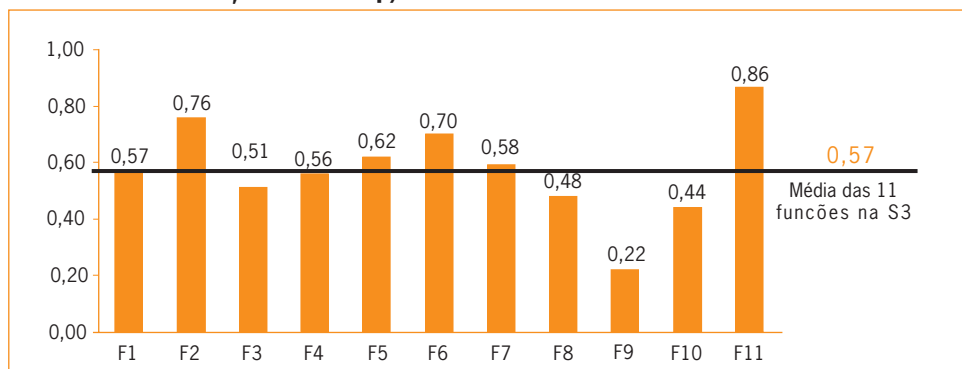
**Gráfico 3: Pontuação das Fesp/SUS na SES S2**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Na SES **S3** F2, F6 e F11 tiveram a maior pontuação e a F9 a menor pontuação.

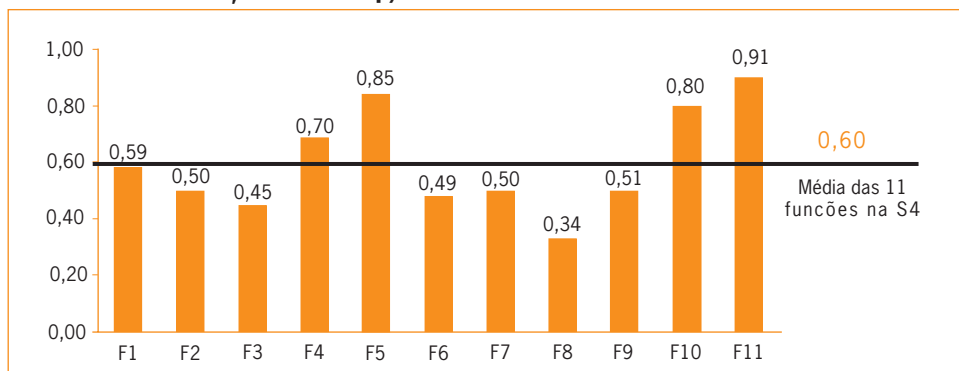
**Gráfico 4: Pontuação das Fesp/SUS na SES S3**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Na SES **S4** a melhor pontuação foi para a F4, F5, F10 e F11, enquanto a menor pontuação foi para a F8, porém nenhuma função avaliada ficou abaixo de 0,3.

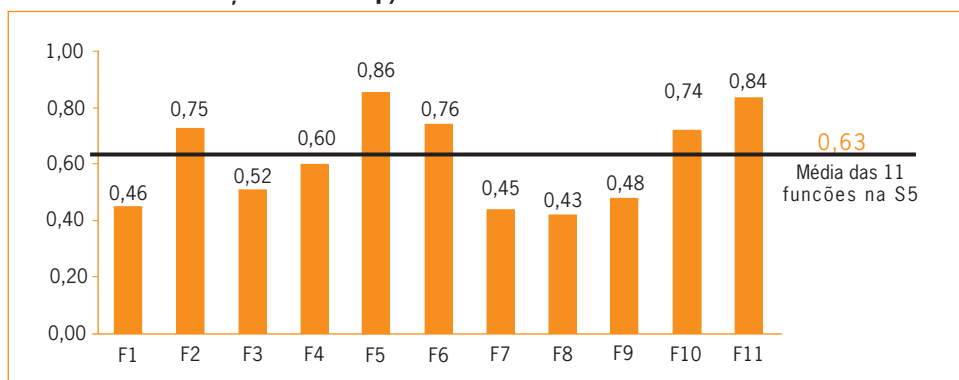
**Gráfico 5: Pontuação das Fesp/SUS na SES S4**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Na SES **S5** a maior pontuação foi para F2, F5, F6, F10 e F11 e a menor pontuação foi para a F8 e nenhuma função ficou abaixo de 0,3 em relação á media geral.

**Gráfico 6: Pontuação das Fesp/SUS na SES S5**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006



No conjunto, como pode ser observado no Quadro 6, duas funções (F5 e F11) ocuparam posição acima da média em todas as SES e três funções (F7, F8 e F9) ocuparam posição abaixo da média em quatro SES.

#### Quadro 6: Posição das Funções em relação à média geral

Funções <b>acima</b> da média em <b>todos</b> os estados	<b>Fesp/SUS n. 5:</b> Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
	<b>Fesp/SUS n. 11:</b> Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da saúde.
Funções <b>abaixo</b> da média em 4 estados	<b>Fesp/SUS n. 7:</b> Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
	<b>Fesp/SUS n. 8:</b> Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.
	<b>Fesp/SUS n. 9:</b> Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.

A avaliação positiva da função de planejamento e gestão pública em saúde pode estar relacionada a uma melhor estruturação das SES, nos últimos anos, nas áreas de formulação e implementação da política estadual de saúde, elaboração do Plano Estadual e investimentos em capacitação do seu corpo técnico.

O resultado da Fesp/SUS n. 11, de “coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde”, que também foi bem avaliada na maioria das secretarias, deve-se, provavelmente, ao intenso processo de mobilização das instâncias gestoras estaduais do SUS, a partir da segunda metade da década de 1990, na retomada do papel do estado de coordenador e regulador da política estadual de saúde, e ao modelo de regionalização desencadeado a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 01/02).

Por outro lado, as funções que tiveram avaliação abaixo da média em todas as SES: F7: “promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde”, F9: “promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde”, e a F8: “administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos” indicam dificuldades já apontadas em outras avaliações do SUS em que o acesso e a qualidade dos serviços e a gestão do trabalho foram assinalados como áreas-problema do sistema. A sua melhoria depende de uma atuação conjunta e articulada das três esferas de gestão do SUS.

Estas funções estão relacionadas diretamente aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, cujo alcance, exige o compromisso de mudanças nas práticas de saúde, maior cobrança da população, novas tecnologias do cuidado, qualificação e desprecarização da força de trabalho, ampliação e qualificação da gestão do sistema e dos recursos financeiros.

Os avanços ocorridos com o processo de municipalização e a criação do Sistema Único de Saúde determinaram a expansão da rede de serviços, a reorganização da atenção primária através da saúde da família, o aumento da oferta de serviços de média e alta complexidade, a democratização e participação popular e uma maior responsabilização dos gestores em relação à garantia do direito à saúde da população. Entretanto, o sistema



público ainda apresenta múltiplas carências e, dentre elas, a questão da qualidade dos serviços destaca-se como um grande desafio para a maioria dos estados e municípios. As pesquisas de opinião de usuários, feitas no país, assinalam diversos problemas relativos à qualidade, sobretudo, na atenção e na relação dos serviços e dos profissionais com os usuários. (CONASS, 2002)

Além disso, os padrões que definem os indicadores para melhoria da qualidade, ainda estão em processo de organização e implementação no SUS, exigem novos conhecimentos e novas tecnologias, ainda pouco acumuladas pelas SES, tais como: o desenvolvimento de sistemas de avaliação e melhoria de qualidade; o estabelecimento de normas relativas às características primárias que os sistemas de garantia devem ter; a supervisão do cumprimento de serviços pelos prestadores responsáveis; a definição, a divulgação, a explicação e a garantia dos direitos dos usuários; a existência de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabore no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribui para melhorar sua qualidade; a utilização da metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade; a existência de sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e o uso dessa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A função de promoção e garantia da equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde, também foi destacada na avaliação de quatro secretarias, com inúmeras debilidades a serem superadas e muitos problemas relacionados às barreiras de acesso, sobretudo dos serviços de maior complexidade e para alguns segmentos da população. Estes elementos apontam para a necessidade de medidas de discriminação positiva, a fim de reduzir as iniquidades, o monitoramento sistemático e a avaliação do acesso aos serviços de saúde, ofertados por prestadores públicos e/ou privados, além de uma política de financiamento para expansão dos serviços e redução das desigualdades, entre municípios, regiões e estados.

Destaca-se a importância da Secretaria na coordenação do sistema estadual de saúde, com o desenvolvimento de estratégias de organização de redes em estreita colaboração com os municípios, para promover a garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

A definição e os padrões da Fesp/SUS n. 8 incorporaram algumas atribuições de gestão do trabalho em sentido mais amplo, contemplando, o diagnóstico da situação dos recursos humanos em saúde em todo o estado e não apenas no âmbito da Secretaria Estadual; a formação, a qualificação técnica e profissional e a educação permanente em saúde para a qualificação da gestão e da prestação de serviços no SUS; o desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino para a implementação e a reorientação de programas de graduação e pós-graduação, baseados em competências e nos perfis profissionais necessários ao sistema público de saúde; o desenvolvimento da capacidade institucional das secretarias para o planejamento e o gerenciamento de recursos humanos, o apoio e a cooperação técnica com os municípios. Os resultados encontrados estão em consonância com as evidências que assinalam a área de recursos humanos como um dos grandes problemas estruturais da implementação do SUS no Brasil.





## 4.2 Análise dos indicadores

A análise dos 47 indicadores foi realizada considerando: a identificação daqueles acima e abaixo da média obtida pela SES e a posição dos indicadores agregados por áreas de avaliação/intervenção.

Dos 47 indicadores avaliados, 9 indicadores obtiveram pontuação **acima** da média, e 4 indicadores obtiveram pontuação **abaixo** da média em todas as SES.

Os indicadores com pontuação **acima da média** em todas as secretarias foram:

- Fesp/SUS n. 1: **indicadores 1.3** – “Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde” e **1.4** – “Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde”.
- Fesp/SUS n. 2: **indicador 2.5** – “Cooperação e apoio técnico aos municípios”.
- Fesp/SUS n. 5: **indicador 5.4** – “Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual”.
- Fesp/SUS n. 10: **indicador 10.3** – “Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde”.
- Fesp/SUS n. 11: **indicadores 11.1** – “Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde”; **11.2** – “Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual”; **11.3** – “Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual” e **11.4** – “Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde”.

Os resultados favoráveis obtidos por estes indicadores permitem inferir que há o reconhecimento, por parte dos gerentes e técnicos, da existência nas secretarias de capacidade técnica, recursos e suporte tecnológico para o desenvolvimento de ações de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde, de vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde e de algumas ações relacionadas às atividades de cooperação com municípios e de coordenação da regionalização.

Os indicadores com pontuação **abaixo da média** em todas as secretarias foram:

- Fesp/SUS n. 1: **indicadores 1.2** – “Avaliação da qualidade da informação em saúde” e **1.5** – “Cooperação e apoio técnico aos Municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde”.
- Fesp/SUS n. 7: **indicador 7.1** – “Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde”.
- Fesp/SUS n. 9: **indicador 9.2** – “Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde”.

Na função de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado observa-se que os indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura (1.3 e 1.4) foram avaliados acima da média em todas as SES e os indicadores de resultado e de processo e de cooperação com os municípios (1.2 e 1.5) foram avaliados abaixo da média em todas as SES, o que indica a necessidade de análises e medidas, por parte das equipes técnicas



estaduais, para melhorar o aproveitamento de suas potencialidades no alcance dos resultados esperados, bem como a cooperação com os municípios nessa área. Indica ainda, a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais de saúde e dos processos de trabalho.

O grau de exigência dos padrões para garantir a universalidade e aumentar a equidade no acesso aos serviços de saúde pode explicar o desempenho insatisfatório do indicador 7.1. Entre outras exigências, citam-se: a condução, anual, pelas secretarias de avaliação do acesso aos serviços de atenção básica e de média e alta Complexidade prestados à população do estado: a realização da regulação da referência interestadual e intermunicipal da demanda aos serviços de saúde; e, em colaboração com os municípios, a avaliação dos sistemas municipais quanto à oferta de ações e serviços de saúde, bem como a identificação das causas e efeitos das barreiras de acesso, como também a definição das melhores práticas para reduzi-las.

É importante destacar, que a prática de regulação do acesso é muito recente e incipiente no SUS, submetida atualmente a processos de definição e pactuação, tanto do ponto de vista conceitual quanto operativo. Seu desempenho também está relacionado à organização e à capacidade de oferta de serviços pelos municípios, como já citado anteriormente e dependem de outros fatores como financiamento e política de recursos humanos.

A avaliação da satisfação dos usuários com os serviços prestados ainda não é uma prática institucionalizada nas gestões estaduais, e não somente nelas, o que evidencia uma distorção importante do sistema e a necessidade de se priorizar o usuário como o centro das atenções do SUS.

#### **4.2.1 Análise dos indicadores agregados por áreas de avaliação/intervenção**

O instrumento de auto-avaliação das funções essenciais organiza os 47 indicadores em três diferentes áreas: capacidade institucional e infra-estrutura, resultado e processos-chaves e cooperação com os municípios, cujos resultados identificam os indicadores a serem fortalecidos, utilizando como referência a média obtida pela secretarias.

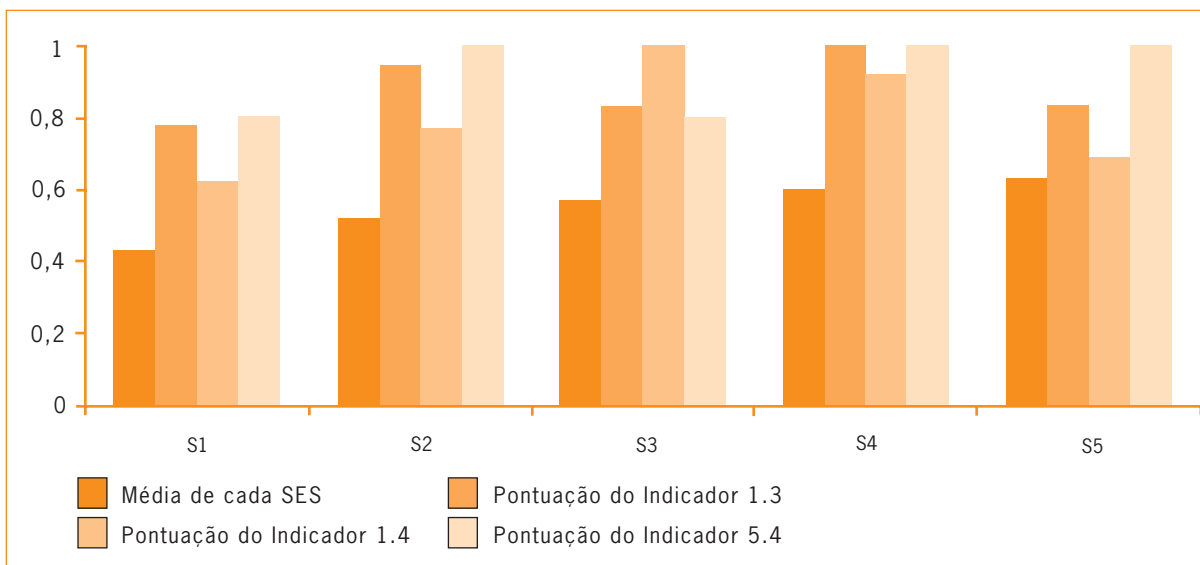
##### **4.2.1.1 Capacidade institucional e infra-estrutura**

Dos 11 indicadores que compõem essa área, 3 obtiveram pontuação acima da média em todas as secretarias:

- 1.3 – “Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde”.
- 1.4 – “Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde”.
- 5.4 – “Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual”. (Gráfico 7).



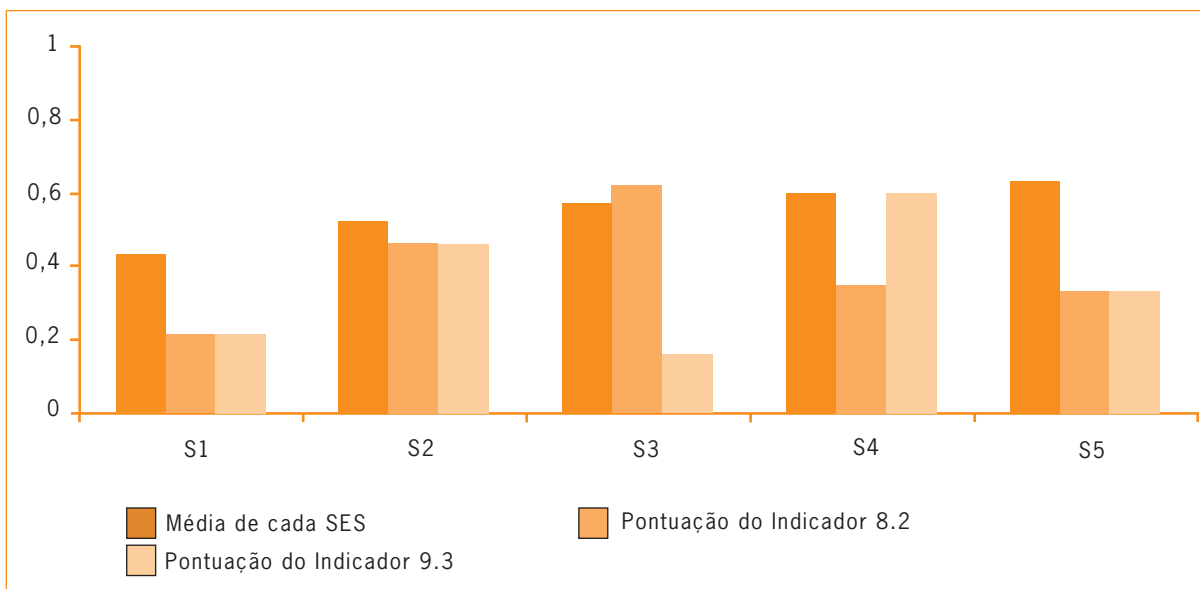
**Gráfico 7: Indicadores de capacidade e infra-estrutura acima da média**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Apenas 2 indicadores obtiveram avaliações inferiores às médias, em 4 das 5 secretarias: indicador 8.2 – “Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no estado”, cujos padrões incluem, entre outros, planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde em todo o estado e não apenas dos servidores estaduais. A insuficiência e em muitos casos, inexistência de uma política de educação permanente no sistema é uma realidade que precisa ser alterada. A fragilidade da gestão da qualidade dos serviços de saúde foi analisada anteriormente (indicador 9.3, gráfico 8).

**Gráfico 8: Indicadores de capacidade e infra-estrutura abaixo da média**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

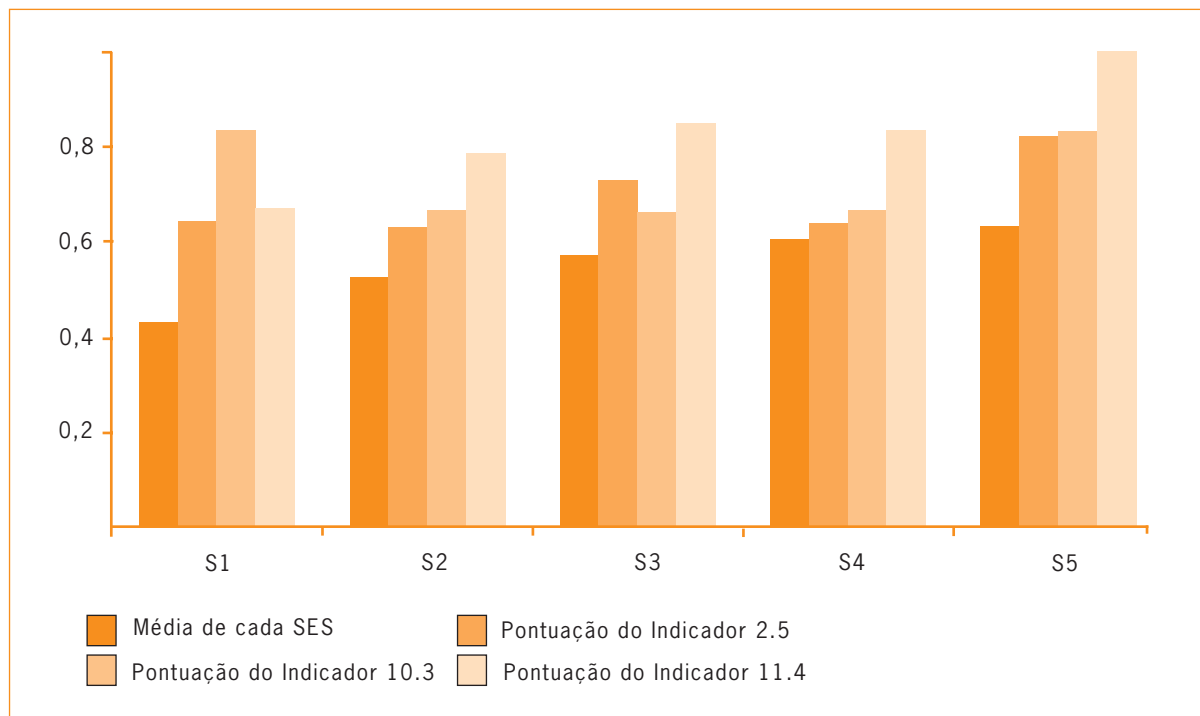
#### 4.2.1.2 Cooperação com os municípios

Ao todo são 11 indicadores selecionados para a avaliação da cooperação e do apoio técnico das secretarias com os municípios, o que corresponde a um indicador por função, englobando as principais ações e atividades a serem desenvolvidas pelas SES.

Três destes indicadores obtiveram pontuação acima da média em todas as secretarias:

- 2.5 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios para desenvolver sua capacidade de vigilância à saúde”.
- 10.3 – “Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde” e.
- 11.4 – “Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde”. (Gráfico 9).

**Gráfico 9: Indicadores de cooperação com os municípios acima da média**



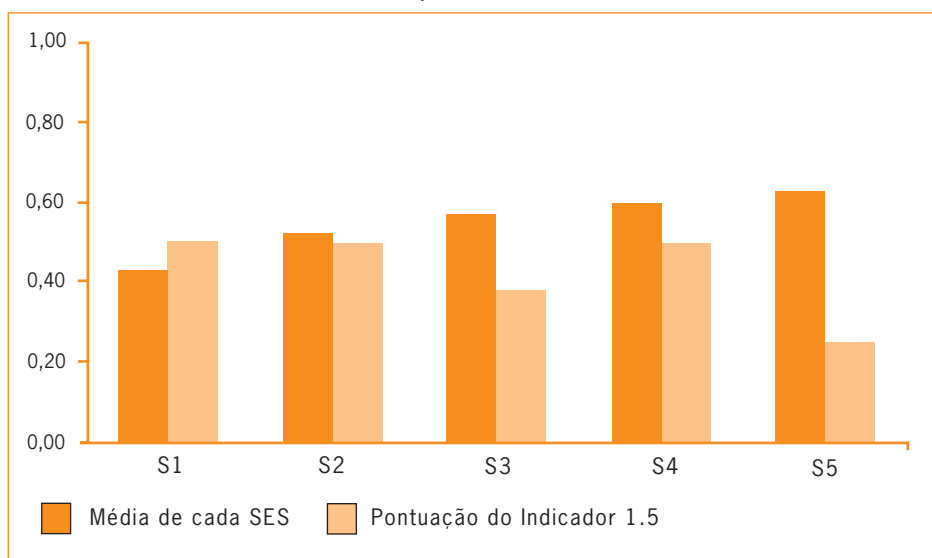
Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

O indicador 10.3 apresentou uma pontuação favorável e se diferenciou dos demais indicadores da Fesp/SUS n. 10 “Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde”, que tiveram uma avaliação insatisfatória em 3 secretarias, resultado que pode estar relacionado ao padrão elevado do instrumento, na medida em que a maioria das secretarias apenas recentemente iniciou o debate com vistas à formulação da política de ciência e tecnologia. Assim, a hipótese mais provável para a avaliação favorável do indicador 10.3, de cooperação com os municípios nesta função, é a pequena participação dos representantes municipais nas oficinas.



A cooperação com os municípios teve apenas 1 indicador avaliado abaixo da média em 4 das 5 Secretarias, o indicador 1.5 – “Apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde”. É importante observar que os padrões desse indicador enfatizam ações que demandam o fortalecimento das SES para sua melhor execução: as SES devem cooperar com os municípios para garantir a coleta oportuna, a análise e a difusão de informação que apoiem o desenvolvimento e a avaliação de políticas de saúde; oferecer meios, capacitação e treinamento na coleta, na interpretação e na utilização dos dados para os profissionais dos municípios; apoiar a elaboração, a publicação e a divulgação de diagnósticos da situação de saúde dos municípios e a disponibilização dessas informações para a comunidade em geral: Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Ministério Público e outras entidades, governamentais ou não governamentais (Gráfico 10).

**Gráfico 10: Indicador de cooperação com os municípios abaixo da média**



Fonte Secretaria Executiva/CONASS – 2006

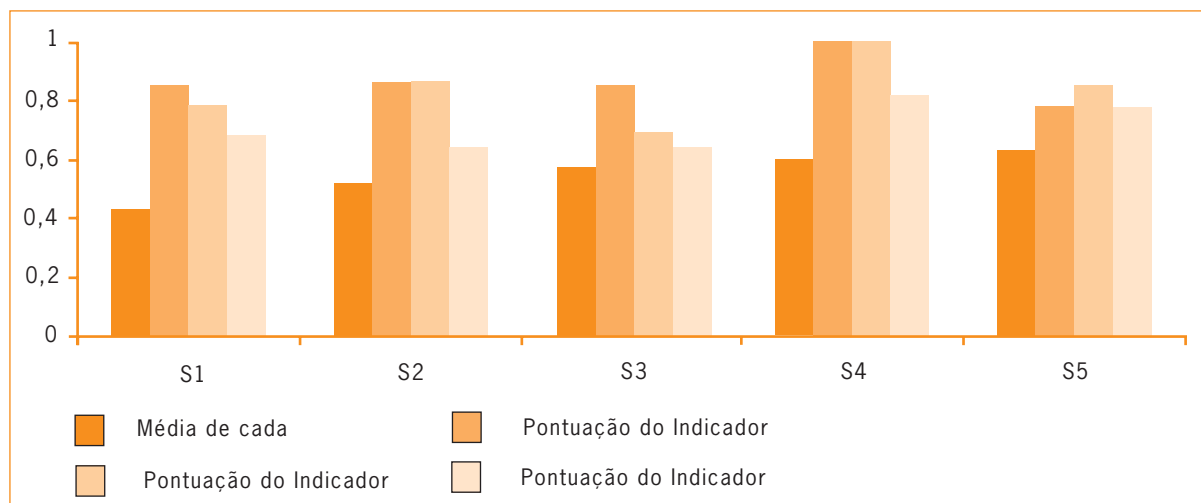
### 4.3.3 Resultados e processos-chaves

Do total de 25 indicadores de resultado e processos-chaves, 10 ficaram acima da média em 4 secretarias e apenas 3 indicadores tiveram pontuação acima da média em todas as 5 SES (gráfico 11):

- 11.1 – “Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à mudança/adaptação do modelo de atenção à saúde no SUS estadual, tendo em vista a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços, bem como a satisfação dos usuários”.
- 11.2 – “Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual”.
- 11.3 – “Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual”.



**Gráfico 11: Indicadores de resultados e processos-chaves acima da média**



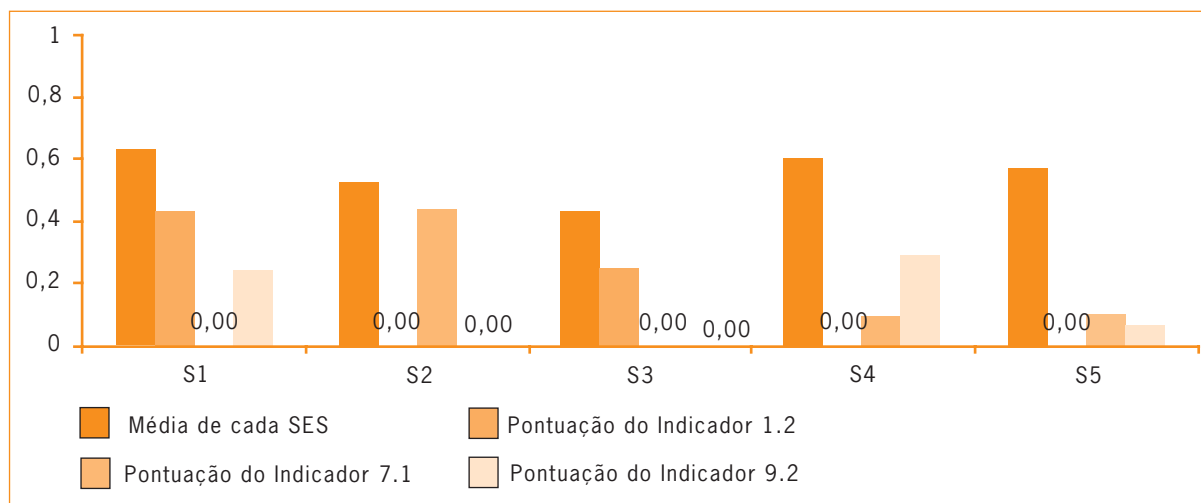
Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Como já citado anteriormente, a avaliação favorável da Fesp 11 e de seus indicadores deve relacionar-se às ações de implementação da norma assistencial (Noas) que normatizou a regionalização a partir de 2001.

Por outro lado, foram avaliados abaixo da média 7 indicadores, em pelo menos 4 secretarias, sendo que 3 (gráfico 12) foram avaliados abaixo da média em todas as SES:

- 1.2 – “Avaliação da qualidade da informação em saúde”.
- 7.1 – “Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde”.
- 9.2 – “Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde”.

**Gráfico 12: Indicadores de resultados e processos-chaves abaixo da média**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

É importante destacar que essa área apresentou o maior número absoluto de indicadores abaixo da média, se comparada às outras duas áreas de avaliação/intervenção. Esses resultados apontam para a necessidade de priorizar investimentos e desenvolver políticas para a qualificação das equipes técnicas e gerencial e de seus processos de trabalho.





## O perfil e a percepção de atores-chave da Gestão Estadual

Como parte da metodologia de avaliação das Funções Essenciais na Gestão Estadual foi aplicado um questionário aos participantes, cuja consolidação permitiu analisar sua percepção do processo, do instrumento utilizado e da metodologia de trabalho, incluindo o preparo prévio do participante e suas dificuldades durante o debate, a qualidade e a quantidade das perguntas, entre outras questões.

Neste capítulo será apresentado ainda, o perfil dos participantes e uma avaliação realizada pela coordenação nacional quanto à organização das oficinas pelas SES. O perfil foi organizado segundo sexo, faixa etária, formação e vínculo com a SES, utilizando a ficha de identificação dos participantes. Importa destacar que o perfil proporciona um retrato dos quadros dirigentes, gerentes e técnicos das secretarias estaduais e atores relevantes da Gestão Estadual.

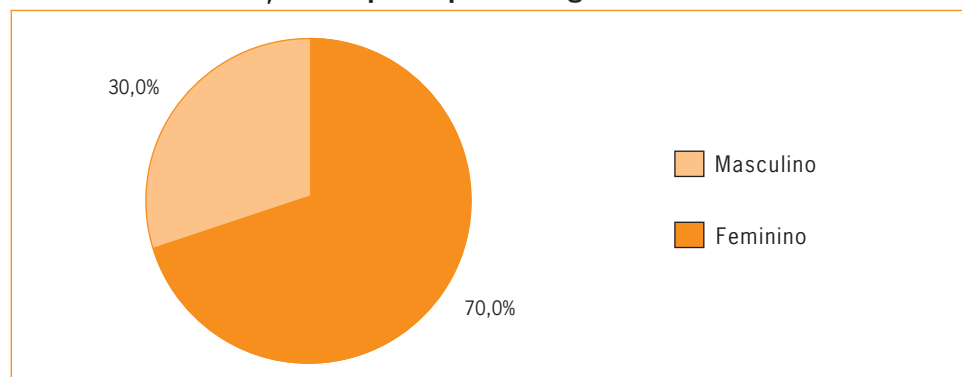
### 5.1 Dirigentes, gerentes, técnicos e outros atores relevantes nos estados

Participaram do processo de auto-avaliação nas cinco Secretarias Estaduais de Saúde (SES), 275 profissionais e técnicos. Além desses, 50 observadores assistiram às oficinas, dos quais, 20 foram convidados pela coordenação nacional entre técnicos, de outras SES, da Opas e do Ministério da Saúde e outros 30 foram convidados pelas Secretarias Estaduais promotoras das oficinas. A coordenação nacional e os consultores do CONASS e da Opas tiveram 12 especialistas envolvidos, totalizando assim 337 participantes.

Do total de participantes, 240 responderam ao questionário de avaliação, sendo que observadores e consultores não responderam.

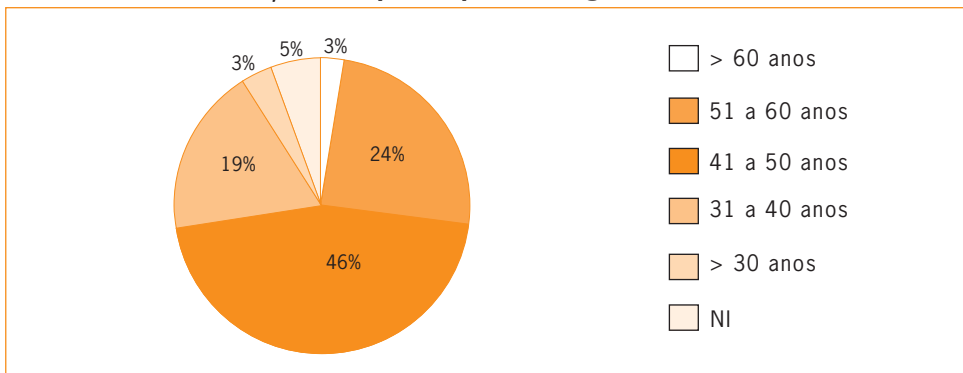
O perfil dos participantes, segundo sexo e faixa etária apresentados nos gráficos 13 e 14, indica uma maior participação de mulheres (70%) em relação aos homens (30%) e a predominância de profissionais com idade

**Gráfico 13: Distribuição dos participantes segundo sexo**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

**Gráfico 14: Distribuição dos participantes segundo faixa etária**

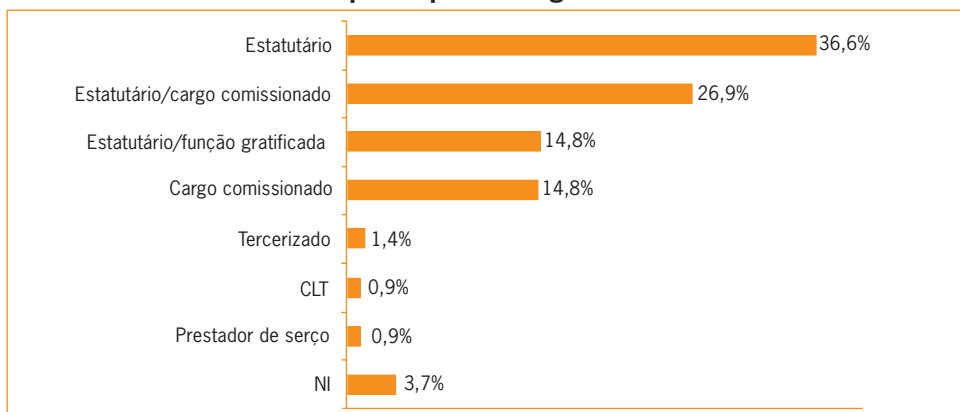


Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

acima de 40 anos, sendo, 46% na faixa etária de 41 a 50 anos, 24% de 51 a 60 anos, 19% de 31 a 40 anos e 11% nas demais faixas etárias.

O gráfico 15, apresenta o perfil do vínculo de trabalho dos participantes com as SES. Os estatutários foram a grande maioria perfazendo 78,3% do total. Entre eles, 36,6% são estatutários sem funções de chefia, apenas técnicos, 26,9% são estatutários no exercício de cargos comissionados, e 14,8% estatutários com funções gratificadas, o que permite constatar a existência de uma política de valorização dos servidores de carreira nos cargos de direção superior e gerencial das secretarias, pois os cargos comissionados externos, sem vínculos permanentes, são 14,8%, somente.

**Gráfico 15: Percentual dos participantes segundo vínculo com as SES**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

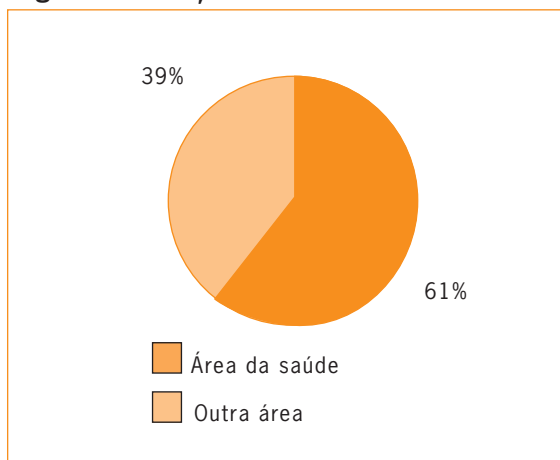
Quanto ao tempo de serviço na instituição, 50,6% dos participantes informaram ter mais de 10 anos de trabalho na SES, 10% entre 6 e 10 anos e 30,8% entre 1 e 5 anos. Não informaram 8,6%.

Em relação à procedência dos participantes dos grupos (275), 84% são vinculados às Secretarias Estaduais de Saúde, sendo 67,9% do nível central, 9,6% do nível regional e 6,3% das unidades de serviço. Os participantes das instituições do SUS estadual, mas sem vinculação com as secretarias, como Conselho Estadual de Saúde, Instituições de Ensino Superior, Secretarias Municipais de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde

(Cosems), representam 16% do total de participantes. Esse número foi considerado insuficiente em todas as oficinas e sugeriu-se a necessidade de um número maior de participantes não vinculados às secretarias.

O gráfico 16 caracteriza o perfil dos participantes em relação à área de formação, sendo 61% da área de saúde e 39% de outros setores. Entre os 61% de profissionais de saúde, conforme gráfico 17, a maioria são enfermeiros (23%), médicos (13%), odontólogos (6%) e nutricionistas (4%), sendo que 15% são do conjunto das outras profissões de saúde.

**Gráfico 16: Percentual dos participantes segundo formação**



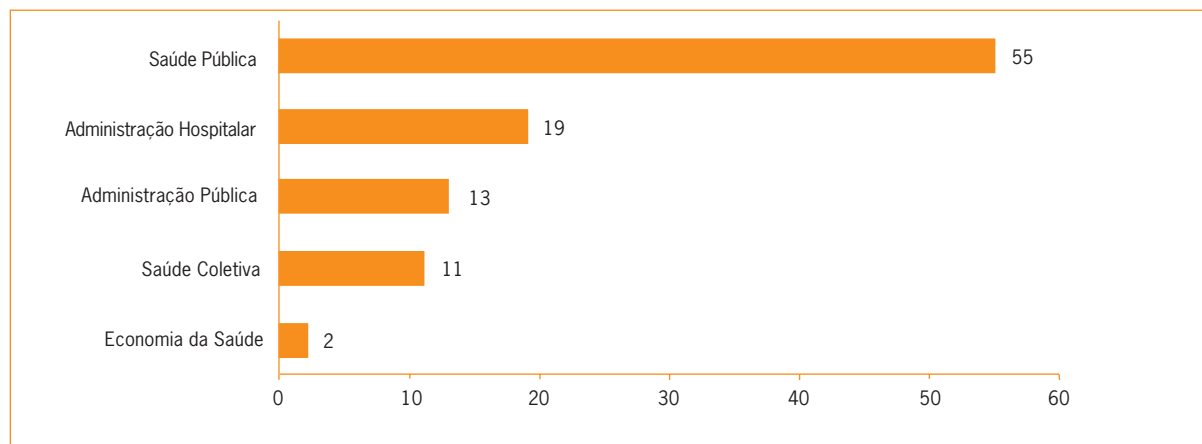
**Gráfico 17: Percentual dos participantes segundo formação na área da saúde**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Do total de participantes, 147 (62%), informaram ter pós-graduação *lato sensu*, sendo mais frequentes as áreas de Saúde Pública (55), Saúde Coletiva (11), Administração Hospitalar (19), Administração Pública (13) e Economia da saúde (2), entre outros. (Gráfico 18). Quanto à pós-graduação *stricto sensu*, foram identificados 24 mestres, sendo 7 deles em saúde pública, e 4 doutores.

**Gráfico 18: Áreas mais frequentes de pós-graduação “lato sensu”**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

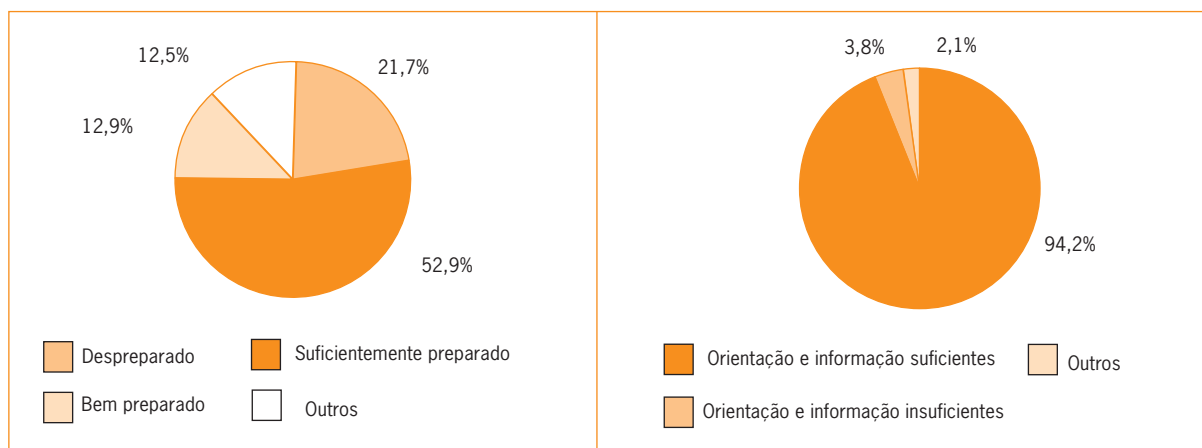


## 5.2 O que pensam os atores estaduais sobre avaliação

A preparação prévia para a oficina de auto-avaliação das funções essenciais, gráfico 19, foi considerada satisfatória para 52,9% dos participantes que manifestaram-se suficientemente preparados, 12,9% bem preparados e 21,7% despreparados. Quanto à suficiência das instruções recebidas, 94,2% afirmaram ter recebido informação e orientação suficientes sobre como responder às perguntas.

**Gráfico 19: Preparo prévio dos participantes**

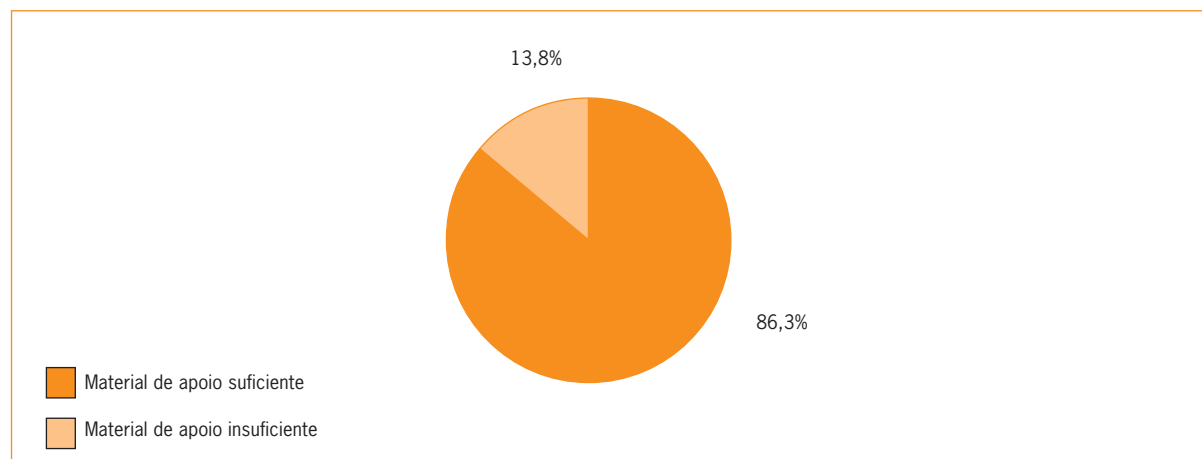
**Gráfico 20: Suficiência das instruções**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

A distribuição do material de apoio em momento oportuno para a realização das atividades propostas foi avaliada positivamente por 86,3% dos participantes (gráfico 21). Na metodologia adotada, o instrumento Fesp/SUS deve ser entregue aos participantes uma semana antes da realização da oficina.

**Gráfico 21: Suficiência do material de apoio à oficina**

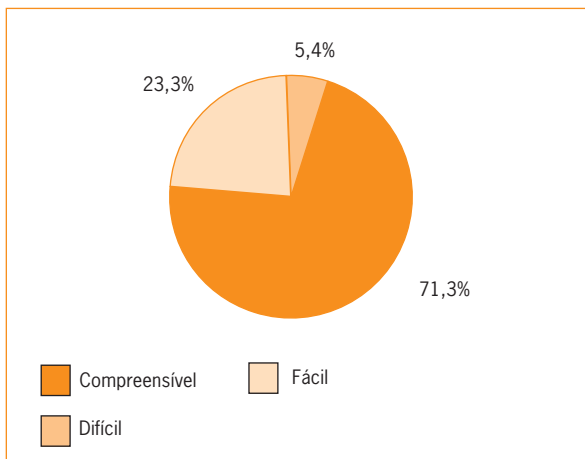


Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

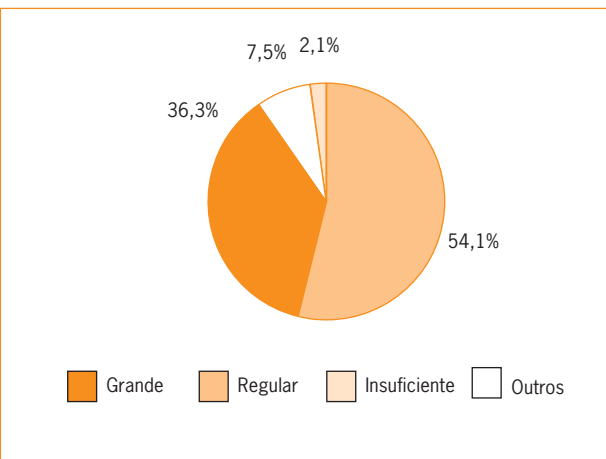


O instrumento de auto-avaliação foi considerado compreensível por 71,3% dos participantes e de fácil compreensão por 23,3%. A quantidade de perguntas (650, distribuídas nas 11 funções) foi avaliada como regular para 54,1% dos participantes e, grande para 36,3%. (Gráficos 22 e 23)

**Gráfico 22: Compreensão do instrumento**



**Gráfico 23: Quantidade de perguntas**

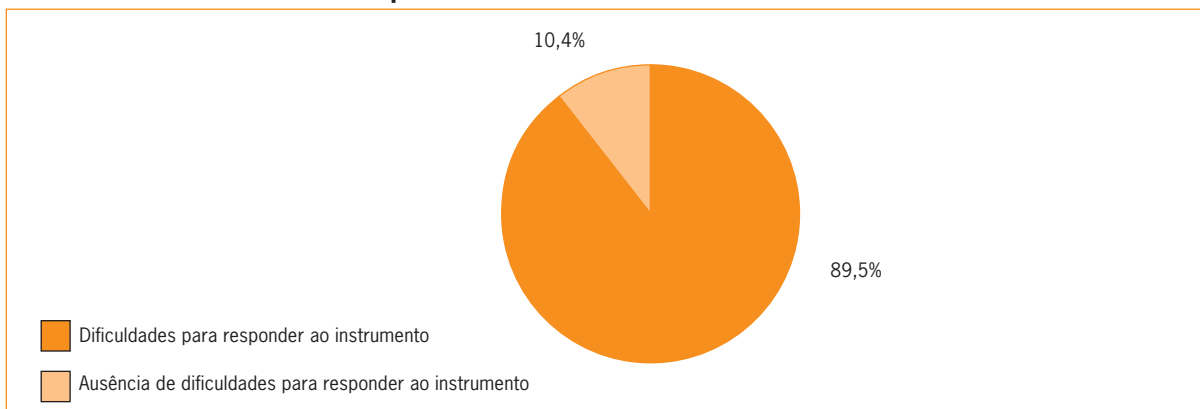


Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

A dificuldade em responder algumas das funções, dos indicadores e/ou das perguntas do instrumento (gráfico 24) foi manifestada por 89,6% dos participantes, e neste caso, a maioria (69,3%) atribuiu suas dificuldades às questões que não estão no seu campo de trabalho ou especialidade.

Os padrões para cada indicador foram avaliados como claros, inteligíveis e adequados por 98,3% dos participantes.

**Gráfico 24: Dificuldade em responder ao instrumento**



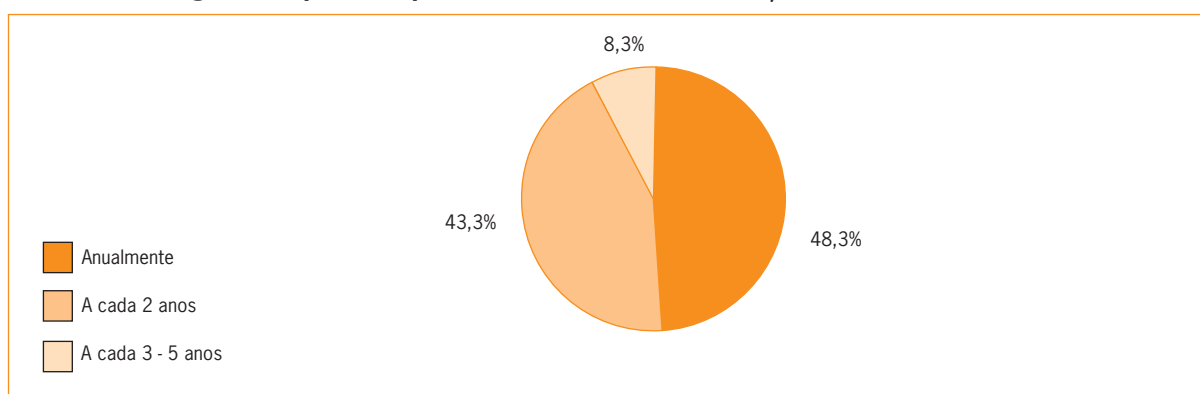
Fonte Secretaria Executiva/CONASS – 2006

O instrumento foi considerado por 90,4% dos participantes como coerente e de grande utilidade para medir o desempenho da gestão pública da saúde e 87,9% deles o avaliaram como muito útil para a rotina das SES, cujos resultados podem ser aproveitados para melhorar a Gestão Estadual. Outros possíveis benefícios da auto-avaliação também foram destacados pela grande maioria dos participantes:

- Melhoria da prestação de contas.
- Desenvolvimento da força de trabalho.
- Elaboração de planos estratégicos.
- Avaliação de políticas.
- Promoção de capacitação.
- Fortalecimento da capacidade de gestão.
- Promoção de intercâmbios e identificação de processos falhos.
- Aproximação de programas e planos às necessidades dos setores.
- Avaliação da capacidade de gerenciamento.
- Identificação dos pontos fracos da Gestão Estadual.

E finalmente, 48,5% dos participantes sugeriram que a auto-avaliação fosse realizada anualmente, 43,3% a cada dois anos e apenas 8,3% com periodicidade entre 3 e 5 anos. (gráfico 25)

**Gráfico 25: Sugestões quanto à periodicidade da auto-avaliação**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

A avaliação dos participantes, conforme resultado apresentado foi bastante favorável ao instrumento e ao processo de avaliação, com destaque para a importância atribuída a sua utilização na gestão, principalmente para o desenvolvimento da força de trabalho e como forma de prestação de contas da Gestão Estadual.

Em síntese, a reconceitualização das funções essenciais, adequando-as ao Sistema Único de Saúde, assim como a adaptação do instrumento e da metodologia foram decisivos para os resultados alcançados, confirmando a importância desta experiência inovadora como mais uma tecnologia para a cooperação no âmbito do SUS, visando a melhoria do desempenho da Gestão Estadual.



### 5.3 Avaliação do processo pela coordenação nacional

A coordenação nacional, com a participação dos consultores (facilitadores), oito em cada oficina, sistematizou algumas considerações em relação ao processo de trabalho nos estados, a partir da técnica de observação e registro nas oficinas de trabalho.

O número de participantes nos grupos variou, sendo que o menor grupo foi formado por 14 participantes e o maior por 23 participantes. A opção de trabalhar com uma média de 45 a 60 avaliadores por oficina permitiu a participação de muitos técnicos e gerentes que enriqueceram o processo e contribuíram para qualificar os debates e as respostas dos grupos nas diferentes funções. Entretanto, a presença de poucos participantes não vinculados às secretarias, de outras instituições do sistema estadual de saúde, pode estar relacionada ao viés favorável na avaliação de algumas funções e indicadores tais como a participação social e a cooperação com os municípios.

A técnica de busca de consenso revelou-se adequada no sentido de mobilizar os participantes e obrigá-los a fundamentar os seus argumentos, e sobretudo, foi muito importante para garantir o direito de expressão da minoria e limitar a formação de maiorias baseadas exclusivamente no argumento de autoridade. O método de eleição do coordenador e sub-coordenador foi aprovado e contribuiu para a condução do grupo.

O papel dos consultores como facilitadores revelou-se determinante para a condução dos trabalhos, caracterizado pelo conhecimento prévio do instrumento e pelas orientações e intervenções para esclarecimento das dúvidas sobre o instrumento e os procedimentos.

A organização das oficinas foi bem conduzida pelas equipes de coordenação estadual. A escolha dos participantes, o convite e a entrega do material, a organização do evento e a liberação do pessoal de suas atividades de rotina garantiram a permanência durante os três dias do evento. A escolha do local de realização das oficinas, – afastado do ambiente de trabalho, permitindo o isolamento dos participantes –, a disponibilidade de equipamentos com qualidade e suficiência, o apoio administrativo e de informática, a alimentação no local do evento, foram todos aspectos que contribuíram para o sucesso dos trabalhos, evidenciando a prioridade atribuída ao processo. Uma contribuição importante também para o êxito dos trabalhos foi a realização das reuniões preparatórias, de caráter informativo e motivador, entre a coordenação nacional e a equipe dirigente das secretarias.

Mas a razão maior para os bons produtos e resultados alcançados foi, sem nenhuma dúvida, a motivação por participar e interagir dos atores que demonstraram compromisso e seriedade com o processo avaliativo da Gestão Estadual.





## Planejando o fortalecimento

O projeto de fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde é uma iniciativa inovadora que tem como objetivo central apoiar a Gestão Estadual no enfrentamento dos problemas revelados a partir da avaliação das Fesp/SUS.

A auto-avaliação que precedeu o processo de fortalecimento permitiu a produção e a sistematização de um conjunto de informações acerca do desempenho da Gestão Estadual em várias áreas, subsidiando o gestor estadual do SUS para análise e priorização de problemas na tomada de decisão.

A equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), de posse dos resultados da avaliação, demandou à coordenação nacional a imediata continuidade do processo para o enfrentamento dos problemas nas áreas que foram consideradas críticas ou de baixo desempenho. Essa adesão firmou a parceria necessária entre CONASS/Opas/SES-GO para dar continuidade ao processo de fortalecimento já iniciado, aproveitando o movimento gerado na avaliação.

A proposta metodológica preliminar denominada “Agenda de Fortalecimento das Funções Essenciais na Gestão Estadual”, elaborada pela coordenação nacional e pelos consultores, serviu de orientação para a tradução dos resultados da avaliação e a formulação de objetivos e ações para o enfrentamento dos problemas identificados.

A construção da proposta metodológica contemplou a realização de duas oficinas em Brasília, em setembro e outubro de 2005, quando foram elaborados um conjunto de critérios, procedimentos, instrumentos, a dinâmica e as etapas necessárias ao fortalecimento. Foi produzido um documento de orientação, denominado “Diretrizes e metodologia para a oficina de fortalecimento das Fesp/SUS no âmbito da Gestão Estadual”<sup>7</sup> e que foi utilizado na oficina piloto do estado de Goiás, no período de 28 de novembro a 2 de dezembro de 2005.

Para a organização da oficina-piloto foram realizadas outras duas reuniões preparatórias, envolvendo a equipe dirigente da SES/GO, sendo a primeira em Brasília e a segunda em Goiânia. A oficina de fortalecimento possibilitou a validação da metodologia com algumas mudanças e adequações. O produto da oficina da SES/GO, as características do processo de organização e da metodologia encontram-se descritos no capítulo 1, da parte II, desta publicação, em forma de relato de experiência. Posteriormente, na segunda oficina de fortalecimento das Fesp/SUS, realizada em Rondônia, nos dias 31 de janeiro de 2006 a 2 de fevereiro de 2006, foi utilizada a proposta metodológica já revisada, permitindo novos ajustes e adequações.

Finalmente, na reunião com toda a equipe de consultores e a coordenação nacional do projeto, em Brasília, nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2006, a proposta metodológica foi consolidada: uma tecnologia simplificada de planejamento e gestão, fruto do acúmulo das duas experiências práticas e da reflexão e elaboração da coordenação nacional e dos consultores, baseados no referencial teórico já incorporado às práticas do sistema público de saúde brasileiro e com a contribuição das equipes das SES de Goiás e Rondônia.

<sup>7</sup> CONASS-OPS. *Diretrizes e metodologia para a Oficina sobre o fortalecimento das Fesp, novembro de 2005. 9 p. Participaram da reunião os seguintes consultores: Júlio Müller, Renilson Rehem, Rita Cataneli, Maria Carricondo Arruda, Marta Barreto, Fátima Ticianel Schrader (CONASS), Júlio Suarez e Rosa Silvestre (OPS) e Carmem Teixeira (ISC-UFBA).*



## 6.1. Referencial teórico<sup>8</sup>

A reflexão em torno da elaboração da proposta metodológica do fortalecimento das Fesp/SUS da Gestão Estadual permitiu, em primeiro lugar, a identificação de alguns referenciais teóricos que foram incorporados ao processo, ainda que não tenha se partido de uma escolha prévia, fundada em revisão bibliográfica abrangente.

A formação e experiência acumulada pelos consultores envolvidos em processos de formulação de políticas, planejamento e gestão de projetos, contribuíram para o desenvolvimento da proposta metodológica integrando a avaliação ao planejamento da agenda de fortalecimento.

Assumiu-se implicitamente o pressuposto que o instrumento de avaliação tem a potencialidade de evidenciar as áreas críticas da estrutura, da capacidade institucional e do processo de gestão das Fesp/SUS, ou seja, as fragilidades e as oportunidades de ação do gestor e de sua equipe, no sentido de superar as dificuldades e fortalecer a “capacidade de governo” da SES.

A superação das dificuldades e o fortalecimento da capacidade de governo da SES passa pelo processo de formulação, implementação e avaliação da política (ciclo da política) e neste campo o planejamento em saúde é uma tecnologia de gestão necessária e fundamental para tomada de decisão, condução e gerência, evitando a clássica dicotomia entre decidir e executar.

A “política” caracteriza-se pela relação construída entre Estado e Sociedade e o conteúdo e a forma da resposta estatal às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da definição de propostas e prioridades para a ação pública, nas áreas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (LEVCOVITZ et al., 2003).

Para esses autores o planejamento e a gestão são temas atuais da agenda da saúde. A gestão refere-se à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política. No setor saúde a gestão abrange os campos dos serviços e sistemas de saúde, incorporando os recursos e as estratégias, além de diversas áreas como: avaliação, modelos assistenciais, controle social, sistemas de informação, economia da saúde e comunicação.

O planejamento, de acordo com os autores citados, é o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de um determinado objetivo, como também o estudo das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas e ainda, o conjunto dos estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos.

O planejamento e a gestão formam um campo de estudo da Saúde Coletiva, como eixos disciplinares e cenários de saberes e práticas, constituído de enfoque teórico metodológico. No âmbito das práticas, insere-se no macro (sistemas de serviços de saúde), meso (instituições de saúde) e no micro (processos de trabalho em saúde) (Teixeira, 2001).

<sup>8</sup> O sub-capítulo 6.1 toma como referência a nota técnica elaborada pela Prof<sup>a</sup>. Carmem Fontes Teixeira para o projeto CONASS/Opas/MS, fevereiro de 2006.



Merhy (1995) analisou o planejamento como tecnologia da ação que se traduz em saberes e práticas e como modo de agir e operar sobre diferentes dimensões da realidade social em busca de efeitos finais, previamente colocados para o próprio desenho da intervenção.

Teixeira (2001) analisou propostas metodológicas de planejamento em saúde, que foram difundidas e incorporadas ao ensino, e em alguma medida, à prática institucional, principalmente no contexto da reforma sanitária e da construção do SUS, a partir de meados dos anos oitenta. A partir destes estudos a autora identificou:

*Que o campo do planejamento de saúde pode ser delimitado em dois planos: a) um plano geral, que toma como objeto de intervenção os sistemas de saúde; b) um plano específico que toma como objeto as ações e serviços de saúde nos diferentes níveis do sistema. E que o desenvolvimento teórico-metodológico e instrumental do planejamento em cada um desses planos vem-se dando pelo entrecruzamento das contribuições dos diversos autores e dos distintos enfoques.*

Neste sentido, há uma seqüência cronológica histórica que parte da emergência do método CENDES – Opas, considerado um marco do surgimento do planejamento da saúde na América Latina nos anos 60, seguido pela introdução do chamado enfoque estratégico da planificação, com diferentes vertentes, a partir dos anos 70: SPT 2000, o pensamento estratégico de Testa (1979,1981) e a planificação situacional de Matus (TEIXEIRA, 2001).

Os conceitos-chave incorporados à proposta metodológica do fortalecimento das Fesp/SUS na Gestão Estadual originam-se principalmente do Planejamento Estratégico Situacional (PES)<sup>9</sup> e da teoria do ciclo da política<sup>10</sup>, tal como incorporada às metodologias de Formulação de Políticas de Saúde<sup>11</sup>, ambas bastante difundidas no meio acadêmico e nas instituições gestoras do sistema público de saúde nos últimos anos. Originam-se também das abordagens metodológicas em políticas públicas, tal como abordadas por Viana (1996), referindo-se aos estudos sobre a construção da agenda, os atores, as instituições e os processos.

Desses referenciais teóricos e metodológicos, a equipe incorporou ao debate e elaboração da proposta, vários conceitos e noções, quais sejam os conceitos de situação, problema, agenda política, ator, bem como a noção de prioridades e os critérios para defini-las, a noção de análise de viabilidade e as diversas técnicas que podem ser empregadas para desenvolvê-la, além de alguns instrumentos que são utilizados no processo de planejamento situacional, como é o caso da matriz Problema-Operações<sup>12</sup>, planilha que ajuda a sistematização dos objetivos e das propostas de ação para alcançá-los.

O conceito de situação utilizado refere-se ao conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na visão de um determinado ator social para a tomada de decisão. Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das conseqüências a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reco-

---

<sup>9</sup> Ver extensa produção teórica e metodológica de Carlos Matus, economista chileno, autor de vários livros sobre o PES, consultor da OPS e do Ministério da Saúde brasileiro durante os anos 90.

<sup>10</sup> O ciclo da política a formulação, implementação e avaliação de propostas de intervenção sobre problemas selecionados pelos diversos atores. A definição da agenda faz parte desse processo. Ver Kelly e Palumbo. *Theories of Police Making op. cit.*

<sup>11</sup> Ver, particularmente, o documento elaborado pelo Centro Panamericano de Planificação em Saúde – CPPS, em 1976, intitulado “Formulación de Políticas de salud”, utilizado em cursos de política e planejamento na área.

<sup>12</sup> Matriz derivada do Marco Lógico e de sua versão alemã, o ZOOP, incorporada por Matus no conjunto de métodos, técnicas e instrumentos que podem ser utilizados em distintos momentos do PES. Ver (Trilogia matusiana Glossário).



nhecimento de que todos os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos.

Para Viana (1996), com base nos estudos de Kingdon, agenda política é a política da política, ou seja, a construção do consenso que contém os temas mais gerais e mais duradouros na definição das políticas públicas e dois aspectos influenciam decisivamente a sua construção: os participantes ativos (atores governamentais e não governamentais) e os processos (são as características dos órgãos, das instituições e dos aparelhos vinculados à produção de políticas públicas, que podem produzir resultados e, portanto, selecionar os problemas). A acepção de agenda adotada nesse trabalho é mais restrita e refere-se ao produto do planejamento que contém as prioridades definidas, os objetivos e atividades a serem desenvolvidos para o seu enfrentamento, assim como os responsáveis e os prazos. Resulta do processo de análise de situação e corresponde ao primeiro momento da formulação de uma política, ponto de partida para a definição, posterior, do plano de ação, ou plano operativo. A denominação “agenda de fortalecimento” é uma decorrência da apropriação dessa noção e corresponde, portanto, a um momento do processo de fortalecimento. Em resumo, a agenda de fortalecimento das Fesp/SUS, produto do esforço coletivo de reflexão e análise, é um instrumento de planejamento e gestão que contém os objetivos, as ações e as atividades a serem desenvolvidas para o seu enfrentamento, os responsáveis e os prazos.

A proposta metodológica do fortalecimento e elaboração da agenda incorpora um conjunto de dirigentes e técnicos da SES de diferentes áreas da Gestão Estadual, além de outros atores da Gestão Estadual, na perspectiva da gestão participativa, o que enriquece o processo de explicação dos problemas e definição dos objetivos. Entretanto, nessa proposta, é sempre enfatizado que o ator que “assume e assina” a agenda é o(a) Secretário(a) de Saúde.

## 6.2 Seleção dos problemas

Os problemas analisados na oficina de fortalecimento das Fesp/SUS são aqueles relativos às funções de saúde pública, a maioria deles no campo da gestão do sistema de saúde, que expressam as limitações, as dificuldades e as fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema, tanto na infra-estrutura e nos recursos, quanto na capacidade institucional e no processo de organização e produção de serviços. Portanto, são problemas de tipo “intermediário” e não finais, que são aqueles que afetam diretamente os usuários dos serviços.

Os problemas de infra-estrutura, geralmente se apresentam como limitações no volume de recursos disponíveis, bem como na inadequação da forma de distribuição e utilização desses recursos. Na organização dos serviços podem surgir problemas no alcance da cobertura necessária, na garantia da acessibilidade, qualidade, equidade, integralidade e por limitações e dificuldades identificadas no processo de prestação de serviços. Na capacidade institucional aparecem problemas relacionados ao conhecimento científico e tecnológico na área e do grau de apropriação desse conhecimento pelos sujeitos das práticas, entre outros.

A definição dos problemas relacionados às funções essenciais toma como referência o padrão mal avaliado pelos grupos na primeira oficina (auto-avaliação) e expresso através da pontuação dos indicadores. Os

indicadores mal avaliados refletem áreas críticas da Gestão Estadual e, portanto, são definidos como problemas ou conjunto de problemas. A metodologia orienta que a Gestão Estadual defina seu valor de referência para estabelecer a primeira classificação dos indicadores, os considerados fortes e os frágeis. Pode-se trabalhar com um percentual, por exemplo, 20% em relação a média obtida pelo conjunto dos indicadores do estado, ou um valor arbitrário definido pelo gestor e sua equipe dirigente, abaixo do qual os indicadores avaliados são considerados como insuficientes. A seleção e priorização dos indicadores-problema são de responsabilidade da equipe dirigente da SES, através dos critérios definidos na metodologia. Eventualmente, podem-se incluir indicadores situados acima da linha de corte, a critério da equipe dirigente, desde que considerados muito relevantes para a política estadual de saúde

A utilização de critérios para seleção de prioridades é indispensável e fundamental no setor saúde. Geralmente o processo decisório de seleção de problemas para intervenção está associado às necessidades e à disponibilidade de recursos sejam financeiros, organizacionais, de poder ou de conhecimento. Necessidades abrangentes e escassez de recursos obrigam o estabelecimento de critérios de seleção e hierarquização.

Bordin (2002) afirma que o planejamento em saúde tradicionalmente utiliza os denominados indicadores epidemiológicos para quantificar os problemas. Estes indicadores são organizados em três grupos: 1) aqueles que procuram traduzir diretamente a saúde (ou a falta de) de um grupo populacional; 2) aqueles que se referem às condições do meio e tem influência sobre a saúde; 3) aqueles que procuram mensurar os recursos materiais e humanos relacionados à atividade em saúde.

Entre os critérios mais frequentes estão a magnitude do evento, quantidade de pessoas acometidas pela doença, agravo ou risco; a transcendência do problema, que corresponde ao dano causado expresso pela mortalidade e a letalidade. Esses critérios correspondem aos indicadores dos grupos um (1) e dois (2), citados acima, e não foram utilizados no processo de fortalecimento porque os problemas decorrentes do baixo desempenho das funções essenciais estão muito mais no campo da política, do planejamento, da gestão como afirmado anteriormente.

No caso das Fesp/SUS, frente a um elenco muito grande de indicadores – problema identificados na auto-avaliação considerou-se para efeito de hierarquização e priorização os critérios de: grau de importância do problema para o SUS, vulnerabilidade do problema, capacidade institucional da SES em resolver o problema, custo provável da intervenção e o prazo estimado necessário para obtenção dos resultados.

O **grau de importância do problema para o SUS** refere-se à valoração política da equipe dirigente em relação aos indicadores-problema analisados.

A **vulnerabilidade** caracteriza-se como o grau de facilidade de resolução do problema (quanto maior a vulnerabilidade do problema mais fácil é a solução) e refere-se à possibilidade de redução de um determinado problema frente a uma intervenção conhecida. A vulnerabilidade depende, entre outros aspectos, do estado atual da tecnologia disponível.

A **capacidade institucional** da secretaria diz respeito à quantidade e à qualificação dos recursos humanos, à estrutura administrativa e à complexidade tecnológica da secretaria.

A seleção e hierarquização dos indicadores-problema são realizadas em uma reunião preparatória com a participação da coordenação nacional do projeto de fortalecimento Fesp/SUS, o gestor estadual e a equipe dirigente da secretaria utilizam um *software* desenvolvido especialmente para essa finalidade.

Os critérios para a priorização são aplicados aos indicadores considerados frágeis, aqueles avaliados abaixo da pontuação de referência definida na Gestão Estadual.

Quando se cogita da importância, da vulnerabilidade e da capacidade institucional a relação é direta, ou seja, a maior pontuação corresponde ao maior grau de importância do problema, à maior vulnerabilidade e à maior capacidade institucional para resolver o problema.

Quando se considera o custo e a prazo, a relação é inversa, ou seja, a maior pontuação corresponde ao menor custo e ao menor prazo:

#### **Quadro 7: Grau de importância do problema para o SUS atribuído pela Gestão Estadual**

5	Máxima Importância
4	Alta Importância
3	Média Importância
2	Baixa Importância
1	Mínima Importância
0	Sem importância

#### **Quadro 8: Vulnerabilidade do problema:** grau de dificuldade de resolução do problema (quanto maior a vulnerabilidade mais fácil é a solução/a vulnerabilidade é do problema)

5	Máxima vulnerabilidade
4	Alta Vulnerabilidade
3	Média vulnerável
2	Baixa Vulnerabilidade
1	Mínima Vulnerabilidade
0	Invulnerável

#### **Quadro 9: Capacidade institucional da SES em resolver o problema:** recursos, estrutura e pessoal

5	Máxima capacidade
4	Alta Capacidade
3	Média Capacidade
2	Baixa Capacidade
1	Mínima Capacidade
0	Sem Capacidade



**Quadro 10: Custo estimado da intervenção:** observar que quanto maior o custo menor será a pontuação

0	Custo muito alto
1	Custo Alto
2	Custo Médio
3	Custo Baixo
4	Custo Mínimo
5	Sem custo

**Quadro 11: Prazo necessário para obtenção de resultados:** considerar o tempo político para a resolução do problema

0	Muito longo
1	Longo
2	Médio prazo
3	Curto prazo
4	Muito Curto
5	Imediato

### 6.3 Explicação dos problemas e definição dos objetivos

Os indicadores-problema priorizados e hierarquizados são levados aos participantes da oficina de fortalecimento, que são os mesmos da oficina de avaliação, assim como os grupos de trabalho, ou seja, são os mesmos atores que avaliaram as funções essenciais, os responsáveis pela elaboração da agenda de fortalecimento. Nesse momento recomenda-se fortemente a inclusão nos grupos de especialistas que possam contribuir para o processo de explicação dos problemas e definição dos objetivos e das ações.

Os grupos desenvolvem a análise e a elaboração da agenda de fortalecimento com base nos indicadores-problemas selecionados e hierarquizados previamente pela equipe dirigente, iniciando por aquele com maior nota atribuída no processo de hierarquização e assim sucessivamente.

As respostas dadas pelo grupo na oficina de auto-avaliação não serão reavaliadas, mas os grupos podem ampliar a análise das questões envolvidas, trazendo novos elementos, mesmo que não constem do instrumento de avaliação. Desse modo poderão considerar as peculiaridades da realidade local e propor alternativas mais adequadas à mesma.

O processo de descrição e explicação dos indicadores-problemas é a tentativa de entendê-los melhor, encontrando os outros problemas que o estão causando e estabelecer, assim, uma cadeia causal. São enumerados os seus principais condicionantes e sua evolução, para se chegar a delimitação de um problema central. Apesar



de não trabalhar com o modelo gráfico da “árvore de problemas”, do método de planejamento ZOPP, a lógica é a mesma. Os grupos são estimulados a responder a pergunta: “Por que o indicador foi mal avaliado na Gestão Estadual?” o que permite um rico debate sobre todas as possíveis explicações dadas pelos participantes. Na seqüência são apresentadas ao grupo as respostas dadas ao instrumento de avaliação que evidenciam causas relevantes dos problemas<sup>13</sup> e que auxiliam na busca de uma possível causa síntese que dê conta de englobar o conjunto das explicações. Mesmo sem fazer referência explícita, trabalha-se aqui com a noção de “nó crítico”, do PES, de Matus. A descrição das causas mais importantes é uma tarefa relevante para o processo, pois elas não passam de problemas que estão causando outros problemas. “O plano será, afinal, uma forma de enfrentar problemas que estão causando o meu problema principal” (CECILIO, 2002). Utiliza-se uma matriz de problemas e condicionantes para apoiar essa atividade do grupo.

Ultrapassado o momento explicativo e construída a matriz de problema, o grupo passa a debater a definição dos objetivos e das ações com apoio de uma outra planilha denominada “matriz de objetivos” que incorpora também as ações, as atividades, os responsáveis e os prazos<sup>14</sup>. Recomenda-se que os responsáveis pelos objetivos sejam membros da equipe dirigente e diretamente ligados à área a ser fortalecida.

A definição dos objetivos leva em conta a análise da situação das Fesp/SUS, podendo-se considerar que um objetivo é a imagem invertida do problema. Do mesmo modo, a definição das ações e das atividades é decorrência das medidas escolhidas para enfrentar as causas e seus condicionantes mais relevantes.

Construída e validada a matriz de objetivos durante a oficina, recomenda-se ao gestor e à equipe dirigente que, após a oficina, procedam à harmonização dos objetivos com aqueles previamente estabelecidos no processo de planejamento da Gestão Estadual e se possível, à consolidação do conjunto de atividades para a obtenção de uma agenda enxuta, consistente e factível, o que implica ainda a análise de viabilidade das propostas. O produto final é a agenda de fortalecimento.

A implementação da agenda de fortalecimento depende da firme decisão política do Gestor Estadual e da equipe dirigente, pois envolve a alocação dos recursos financeiros necessários e a clara atribuição de responsabilidades. É aconselhável que a atribuição de responsabilidades pelas ações e atividades contemple os gerentes ou técnicos que as tenham sob sua responsabilidade na estrutura organizacional e que tenham participado do processo de construção da agenda. Desse modo, constitui-se uma equipe de condução do fortalecimento sob direção do próprio gestor, assim como equipes responsáveis pelos objetivos, que reúnem-se periodicamente.

---

<sup>13</sup> As perguntas do instrumento estão relacionadas aos padrões “ótimos razoáveis” dos indicadores das funções essenciais.

<sup>14</sup> Nesta metodologia o objetivo é definido como o resultado esperado. Um objetivo descreve uma mudança proposta que pode ser observada e medida. A ação é entendida como ato ou efeito de agir, fazer, realizar, executar. É um ato concreto, um intervenção na realidade para atingir o objetivo e é desdobrada num conjunto de atividades. Este conceito aproxima-se do conceito de operação do Planejamento Estratégico de Matus E finalmente a atividade é definida como um componente da ação, uma parte da execução ou da realização; um detalhamento do ato de agir (uma parte do todo).





## **6.4 Metodologia para a oficina de fortalecimento da Gestão Estadual do SUS**

A metodologia utilizada para condução da oficina de fortalecimento das Fesp/SUS no âmbito da Gestão Estadual integra a avaliação, o planejamento e a gestão. Pressupõe que a avaliação e a intervenção devem ser realizadas preferencialmente pelos próprios sujeitos da ação, de modo participativo.

O processo não pretende substituir o planejamento e a programação já existentes, da rotina da secretaria, mas reforçá-los. A cooperação institucional CONASS, Opas e SES dá-se em um contexto de apoio ao processo interno e às ações desenvolvidas no âmbito da Gestão Estadual. Um dos propósitos mais relevantes da cooperação é a valorização do papel das equipes dirigente e técnica da secretaria, e o seu comprometimento com os objetivos da Gestão Estadual. Enfatiza-se a autonomia dos atores envolvidos na condução do processo, cuja continuidade dependerá da sua maior ou menor incorporação à vida cotidiana da instituição, como um valor próprio.

O papel da coordenação nacional do projeto de fortalecimento, nesse contexto, é: apoiar e assessorar a equipe dirigente na realização da oficina preparatória; apresentar ao gestor e equipe dirigente os resultados da auto-avaliação e os indicadores débeis ou críticos por função; orientar na organização da oficina de fortalecimento; garantir o material de apoio metodológico; colaborar na coordenação da plenária final e orientar a organização da apresentação dos grupos.

### **6.4.1 A Preparação**

A reunião preparatória com os dirigentes da SES tem como objetivo apresentar a metodologia para a elaboração da Agenda de Fortalecimento, a partir da revisão dos resultados da aplicação do instrumento de avaliação das Fesp/SUS.

A reunião preparatória tem duração de um dia e ocorre geralmente com 30 dias de antecedência relativamente à grande oficina. Ela não é apenas operacional, mas se reveste de forte conteúdo político, pois é quando se estabelece o compromisso com o projeto de fortalecimento. Da reunião preparatória saem alguns produtos: a) definição dos nomes da equipe de condução do fortalecimento e o compromisso político do gestor com o processo de fortalecimento; b) a definição dos participantes e a organização dos grupos; c) a relação dos “indicadores-problema”, priorizados pela equipe gestora, d) o programa de organização da oficina de fortalecimento.

#### **6.4.1.1 A equipe de condução do fortalecimento**

Na reunião preparatória o(a) Secretário(a) de Estado da Saúde define a equipe com atribuições de organizar e conduzir a oficina de fortalecimento, composta por membros da equipe dirigente da secretaria e com plenos



poderes para a condução do processo. Se possível, o próprio gestor deve ser o coordenador da equipe. São competências da equipe:

- Fazer o convite aos participantes com antecedência.
- Definir coordenador e relator dos grupos de trabalho.
- Definir o coordenador e relator da plenária final.
- Organizar a logística: auditório para plenária e salas para os grupos; equipamentos de informática. alimentação; materiais de consumo e pessoal de apoio.
- Distribuir os documentos necessários: resultado da avaliação das funções e indicadores a ser analisado pelo grupo.
- Coordenar o processo de sistematização dos objetivos e atividades aprovadas na oficina e compatibilizá-los com o processo de planejamento e orçamento da SES.
- Coordenar a análise de viabilidade da Agenda de Fortalecimento.
- Definir os responsáveis pela elaboração final do documento “Uma Agenda para o Fortalecimento das Fesp/SUS”.

#### **6.4.1.2 Participantes e grupos**

Recomenda-se que os participantes da oficina sejam os mesmos da oficina de avaliação das Funções Essenciais no estado, mantendo a mesma configuração dos grupos e das funções por estes avaliadas. Os grupos podem ser reforçados com técnicos da área de planejamento e orçamento assim como especialistas da Gestão Estadual nas áreas problematizadas. A importância da disponibilidade dos participantes durante os três dias da oficina e o compromisso com as políticas públicas de saúde devem ser critérios para participação.

#### **6.4.1.3 Hierarquização dos indicadores-problema**

Essa atividade também é realizada pelos dirigentes da secretaria estadual durante a reunião preparatória e segue os preceitos e métodos explicitados anteriormente, neste capítulo, quando se abordou o tópico Seleção de Problemas.

#### **6.4.2 Organização da oficina de fortalecimento: da análise dos indicadores-problema à elaboração da agenda de fortalecimento.**

A oficina de fortalecimento tem duração de três dias, em duas etapas. A primeira corresponde à análise e explicação dos indicadores problemas. A segunda trata da construção da Matriz de Objetivos para a Agenda de Fortalecimento da Gestão Estadual. A dinâmica prevê a realização de três momentos: apresentação da metodologia na plenária inicial; trabalho de grupo; validação dos resultados na plenária final.





### 6.4.2.1 Dinâmica da oficina

A participação do(a) Secretário(a) de Estado da Saúde e da equipe dirigente é fundamental na etapa inicial, quando se enfatiza a importância da iniciativa para a Gestão Estadual e a equipe de condução estadual é apresentada aos participantes. A abertura da oficina é realizada pelo Secretário(a) de Estado da Saúde com a participação da representação do CONASS e Opas e instituições convidadas. Na plenária inicial é feita uma revisão do resultado da avaliação das Fesp/SUS no estado e é apresentada aos participantes a orientação sobre a metodologia de trabalho nos grupos.

### 6.4.2.2 Trabalho dos grupos: A construção coletiva

O facilitador dá início aos trabalhos de grupo com as orientações gerais sobre a metodologia e o processo de trabalho e passa a condução ao coordenador que apresenta os indicadores selecionados a serem analisados pelo grupo, os padrões de cada indicador e as planilhas para uso durante o trabalho.

Os grupos desenvolvem a análise e a elaboração da agenda de fortalecimento com base nestes indicadores-problemas, selecionados e hierarquizados previamente pela equipe dirigente.

A equipe do CONASS/Opas participa com um facilitador em cada grupo com atribuição de auxiliar o debate e quando necessário, orienta o processo de trabalho e a metodologia proposta.

### 6.4.2.3 Itinerário para a análise dos indicadores-problemas

- O coordenador do grupo coloca em debate o indicador-problema, apresentando os seus padrões e estabelece de trinta a sessenta minutos de debate para que os participantes opinem sobre a situação desses padrões na Gestão Estadual.
- O relator registra na matriz de problemas (conforme modelo a seguir) o resultado da discussão do grupo e ajuda a sistematizar as explicações e as possíveis causas relacionadas ao indicador – problema.

#### Quadro 12: Matriz de problemas

Indicador-problema n.:		
Produto do debate sobre o padrão do indicador	Problema central	Causas (Por que existe o problema?)



- O coordenador apresenta a avaliação anterior feita pelo grupo do indicador-problema com as respostas dadas. Nesse processo o grupo tem a sua percepção ampliada sobre o problema e pode identificar e explicar melhor as causas e sua origem. Essas explicações também são registradas na matriz como produto do debate.
- O grupo é orientado a definir qual o problema central do indicador, ou seja, porque o padrão da SES para aquele indicador é débil. É provável que haja um ou mais padrão específico (uma pergunta-mãe) que tenha sido muito mal avaliado pelo grupo. Por exemplo, o indicador “9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde” foi avaliado com 0,24 e tem um padrão (pergunta-mãe) “9.2.2 A Gestão Estadual do SUS avalia regularmente a satisfação dos usuários com os serviços de saúde de atenção primária” que foi avaliada com 0,0. No exemplo podemos considerar essa pergunta-mãe como um problema central do indicador.
- A explicação do problema central tem como objetivo identificar e analisar as causas mais relevantes do problema (nós-críticos), ou seja, aquelas que se forem modificadas terão, um grande impacto sobre o problema.
- No caso do grupo considerar que o indicador tem mais de um problema central este também deve ser analisado.
- Caso não haja consenso no grupo em relação às questões, o coordenador deve colocar em votação e adotar a maioria simples.
- Estima-se em duas horas o tempo total para a análise e identificação dos problemas e o respectivo preenchimento da matriz de problemas. Essa etapa do processo é essencial para a elaboração da agenda de fortalecimento.

#### 6.4.2.4 Construção da matriz de objetivos

Para construção da matriz de objetivos o indicador-problema é transformado em objetivo: o objetivo é a imagem invertida do problema<sup>15</sup>. É elaborada a matriz de acordo com o modelo proposto, identificando as ações e as atividades para o enfrentamento do(s) problema(s) central, os responsáveis pela atividade, os órgãos envolvidos e o prazo para sua efetivação.

<sup>15</sup> O grupo também pode optar por transformar o problema central em objetivo.



### Quadro 13: Matriz de objetivos

Objetivo:

Dirigente responsável pelo objetivo:

Ações	Atividades	Responsável por atividade	Órgãos Envolvidos	Prazo (atividade)

Assim, transporta-se o produto obtido da matriz de problemas para a matriz de objetivos, trocando os sinais: as causas mais relevantes são transformadas em ações e as demais, em atividades.

O tempo para a análise e a elaboração da segunda matriz, de objetivo, consome entre uma hora e duas horas. O tempo total das duas etapas do trabalho varia de três a quatro horas (para preenchimento da matriz “problema” e matriz “objetivo”). O grupo deve eleger um representante para a apresentação dos resultados, apenas as matrizes de objetivos, na plenária final, para validação.

#### 6.4.2.5 Validação dos resultados e reafirmação dos compromissos

A apresentação do produto dos grupos é feita em plenária coordenada pelo gestor estadual com apoio da equipe de condução da SES definida como responsável pela agenda de fortalecimento. A equipe de relatoria registra todo o debate, que deve compor o relatório final da agenda. O representante do grupo faz a apresentação do objetivo priorizado e sua respectiva matriz e abre-se o debate em plenária para cada objetivo.

No encerramento os participantes são convidados a avaliar a oficina, o trabalho dos grupos e os encaminhamentos propostos para o fortalecimento da Gestão Estadual, enquanto o gestor, a equipe dirigente e o corpo técnico assumem o compromisso, público e compartilhado, de implementar as ações e atividades propostas, fixando-se um prazo para que a equipe responsável elabore a agenda de fortalecimento, compatibilizando as propostas com o planejamento e o orçamento da SES.





## Construindo agendas participativas

Neste capítulo será apresentada uma análise do produto das oficinas de fortalecimento das Fesp/SUS, realizadas em três Secretarias Estaduais de Saúde, entre novembro de 2005 e abril de 2006. A análise comparativa das agendas de fortalecimento dá importantes indicações para a construção de uma agenda de cooperação, elaborada a partir das prioridades definidas de modo participativo.

Das cinco secretarias cujas avaliações foram incluídas neste trabalho, quatro optaram pela realização da oficina de fortalecimento e uma informou a utilização dos resultados da auto-avaliação dentro de uma estratégia de planejamento já em curso na SES.

### 7.1 As funções priorizadas

Todas as onze funções essenciais tiveram pelo menos um dos seus indicadores priorizados e incluídos nas respectivas Agendas de Fortalecimento. A **Fesp/SUS n. 2** apresentou o menor número de indicadores priorizados, apenas o indicador 2.2, e as **Fesp/SUS n. 8 e n. 9**, tiveram todos os seus indicadores priorizados. Essa priorização está coerente com os resultados da auto-avaliação, na qual a Fesp/SUS n. 2 - “Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde”, foi avaliada acima da média em 60% das secretarias enquanto que os resultados da auto-avaliação identificaram a fragilidade da Fesp “Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde” (**Fesp/SUS n. 8**), com pontuação abaixo da média em 4 secretarias, e da função “Promoção e garantia da qualidade dos serviços da Saúde” (**Fesp/SUS n. 9**), que obteve pontuação abaixo da média em todas as secretarias.

Além das funções relativas à qualidade dos serviços e aos recursos humanos, as outras funções com maior número de indicadores priorizados foram as referentes à “Promoção da Saúde” (**Fesp/SUS n. 3**) e ao “Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde” (**Fesp/SUS n. 5**), que tiveram 4 de seus 5 indicadores priorizados, Quadro 14.

**Quadro 14: Indicadores priorizados por função**

Fesp/SUS	indicadores priorizados
1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado.	1.1; 1.2 e 1.5
2 - Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.	2.2
3 - Promoção da saúde.	3.1, 3.3; 3.4; 3.5

4 - Participação social em saúde.	4.1 e 4.2
5 - Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.	5.1, 5.2, 5.3 e 5.5
6 - Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.	6.1 e 6.2
7 - Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	7.1, 7.2 e 7.4
8 - Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.	8.1, 8.2, 8.3, 8.4 e 8.5
9 - Promoção e garantia da qualidade dos serviços da saúde.	9.1, 9.2 e 9.3
10 - Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	10.1 e 10.2
11 - Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da saúde.	11.1 e 11.3

## 7.2 Indicadores priorizados:

Do total de quarenta e sete indicadores, trinta e dois foram priorizados pelo menos uma vez, e destes, onze foram priorizados duas vezes, ou seja, em mais de uma secretaria, totalizando quarenta e três priorizações, como pode ser observado no quadro 15.

Em relação às áreas de avaliação/intervenção identificou-se que a de resultados e processo-chaves foi a que apresentou o maior número de indicadores priorizados, vinte, o que representa 80% dos indicadores dessa área e evidencia mais uma vez as dificuldades e carências da Gestão Estadual nos aspectos referentes à implementação de políticas. As áreas de capacidade e infra-estrutura e cooperação com municípios tiveram, respectivamente, seis indicadores priorizados, o que representa 55% dos indicadores dessas áreas.

É interessante observar que dos seis indicadores priorizados da área de cooperação com municípios, quatro deles o foram em duas SES, revelando o aumento da compreensão entre o corpo técnico das secretarias sobre o papel de coordenação e cooperação que estas devem exercer junto aos sistemas municipais de saúde.

**Quadro 15: Relação dos Indicadores priorizados por área**

Fesp	Indicadores Priorizados	n. de vezes que o Indicador foi priorizado
<b>Indicadores de resultados e processos-chaves</b>		
1	1.1 Instrumentos e processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde.	2
	1.2 Avaliação da qualidade da informação em saúde.	2



	3.1 Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.	1
3	3.3 Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde.	1
	3.4 Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.	1
4	4.1 Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde.	1
	4.2 Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.	1
5	5.1 Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.	1
	5.2 Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.	1
6	6.1 Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório.	1
	6.2 Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e as normas do SUS.	2
7	7.1 Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde.	2
	8.1 Análise da situação da força de trabalho em saúde no estado.	2
8	8.3 Formação e pós-graduação em saúde.	1
	8.4 Administração de Recursos Humanos da rede pública no estado.	1
9	9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.	2
	9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.	2
10	10.1 Desenvolvimento de uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde.	1
11	11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde.	1
	11.3 Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual.	1

#### **Indicadores de capacidades e infra-estrutura**

2	2.2 Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.	1
5	5.3 Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde.	1
7	7.2 Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde.	1
8	8.2 Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no estado.	1
9	9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.	1
10	10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.	1

#### **Indicadores de cooperação com municípios**

1	1.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde.	2
3	3.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.	2
5	5.5 Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS.	1

7	7.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde.	1
8	8.5 Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos.	2
9	9.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.	2

Os quatro indicadores mal avaliados em **todas** as secretarias foram escolhidos duas vezes – em três oficinas – como problemas prioritários, evidenciando que são atividades críticas e percebidas como tal, sendo duas relativas à análise da situação de saúde. São eles:

- 1.2 – Avaliação da qualidade da informação em saúde;
- 1.5 – Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde;
- 7.1 – Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde;
- 9.2 - Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

A análise do Quadro 15 ainda revela que há percepção da necessidade de estabelecer novas linhas de cooperação com municípios em atividades até então não consideradas objeto disso, como evidencia a escolha das atividades de promoção da saúde e de recursos humanos, a serem fortalecidas localmente mediante apoio da Gestão Estadual. Nenhum indicador de infra-estrutura foi priorizado mais de uma vez.

### 7.3 Análise e classificação das ações

O número de indicadores priorizados por secretaria variou de treze a quinze, transformados durante as oficinas em trinta e seis matrizes de objetivos, que deram origem a proposição de setenta e cinco ações de intervenção e duzentas e oitenta e sete atividades a elas relacionadas, perfazendo uma média de duas ações e oito atividades por objetivo.

A análise dos objetivos confirma que a sua definição é um processo que leva em conta a análise da situação de saúde efetuada.

A análise e a classificação do conteúdo das ações permitiram vislumbrar algumas das suas características. Tomando como referência o inventário da totalidade de ações priorizadas nas Agendas de Fortalecimento das três secretarias, listou-se um conjunto de categorias, com um recorte distinto das funções, para classificá-las, como um dos exercícios possíveis, de análise exploratória. As categorias adotadas no exercício são de uso comum na gestão do SUS:

- Formulação de políticas.
- Implementação de políticas.



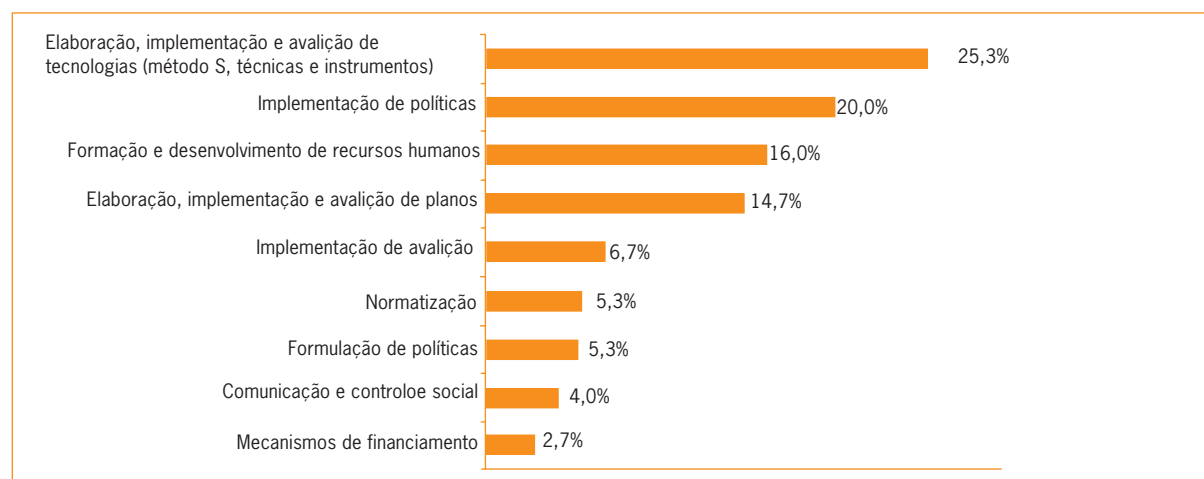
- Implementação de avaliação.
- Elaboração, implementação e avaliação de planos.
- Elaboração, implementação e avaliação de tecnologias (métodos, técnicas e instrumentos).
- Mecanismos de financiamento.
- Formação e Desenvolvimento de recursos humanos.
- Comunicação e controle social.
- Normatização.
- Outros.

Toda ação relativa à adoção de estratégias e o estabelecimento de articulações e parcerias foi considerada como implementação de políticas. Optou-se por separar a formulação da implementação de políticas e também, por classificar separadamente da formulação e implementação de políticas, as ações especificadas como relativas ao planejamento, financiamento, avaliação, controle social, etc., com o objetivo de melhor detalhar as características das escolhas feitas pelas equipes dirigentes e técnicas das secretarias.

Pode-se observar, assim, que 25,3% das ações propostas estão voltadas à elaboração, implementação e avaliação de tecnologias (métodos, técnicas e instrumentos); 20,0% à implementação de políticas; 16,0% à formação e desenvolvimento de recursos humanos; 14,7% à elaboração, implementação e avaliação de planos; 6,7% à implementação de avaliação; 5,3% à formulação de políticas; 5,3% à normatização; 4% à comunicação e controle social e 2,7% aos mecanismos de financiamento (Gráfico 26).

O exercício permitiu iluminar um ponto importante: a maioria das ações escolhidas referem-se à implementação de políticas, de planos, de técnicas e ferramentas para a ação e de formação e desenvolvimento de recursos humanos. Questões mais gerais ou ligadas a formulação das políticas não parecem ser os problemas mais frequentes. É como se soubesse o que se quer fazer, mas faltassem os meios, os instrumentos, as condições para fazer.

**Gráfico 26: Percentual das ações propostas segundo categorias de classificação**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

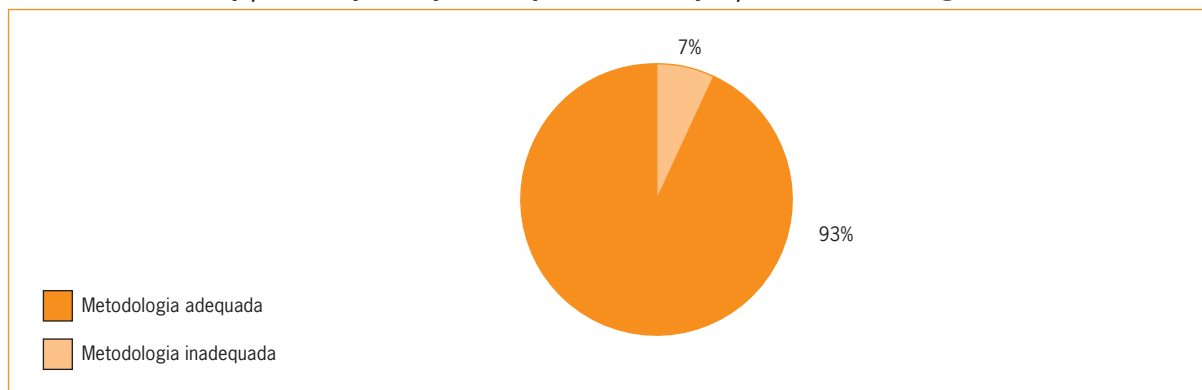


## 7.4 Avaliação dos participantes

O que pensam os participantes?

As opiniões dos 90 participantes, que responderam o questionário de avaliação foram muito positivas. A metodologia para o trabalho de grupo foi considerada adequada por 93% dos participantes (gráfico 27).

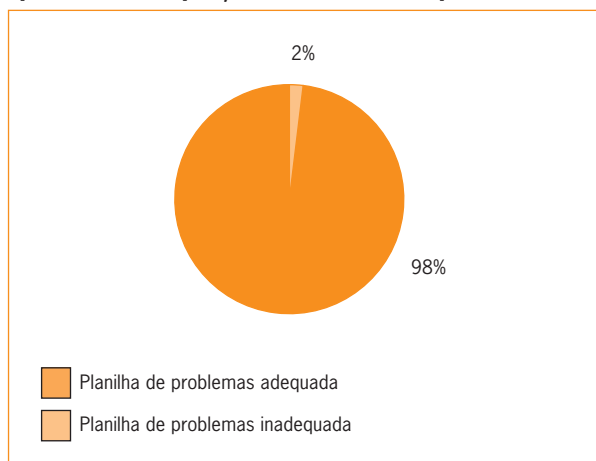
**Gráfico 27: Percepção dos participantes quanto à adequação da metodologia**



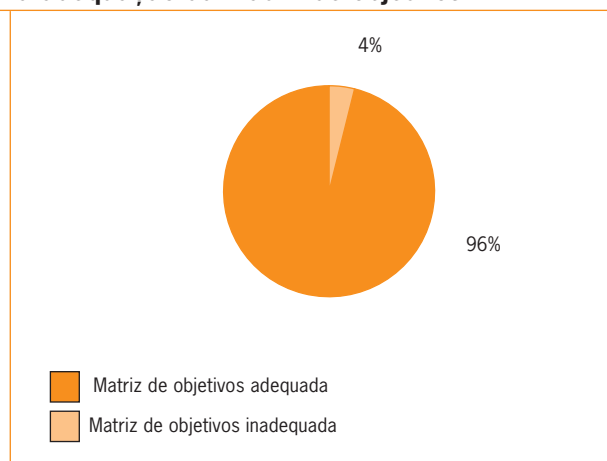
Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Em relação aos instrumentos utilizados, tanto a Matriz de Problemas quanto a Matriz de Objetivos foram consideradas adequadas por 98% e 96%, respectivamente. (gráficos 28 e 29)

**Gráfico 28: Percepção dos participantes quanto à adequação da matriz de problemas**



**Gráfico 29: Percepção dos participantes quanto à adequação da matriz de objetivos**

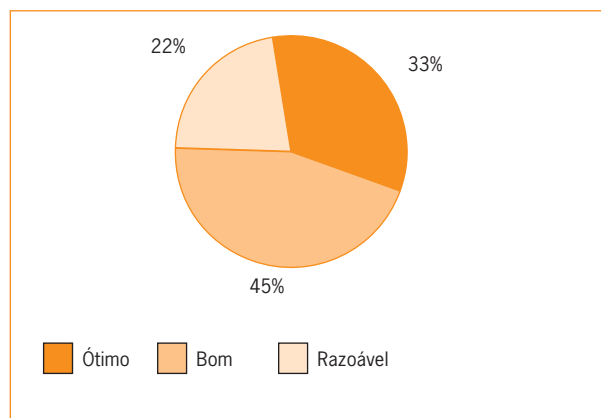


Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

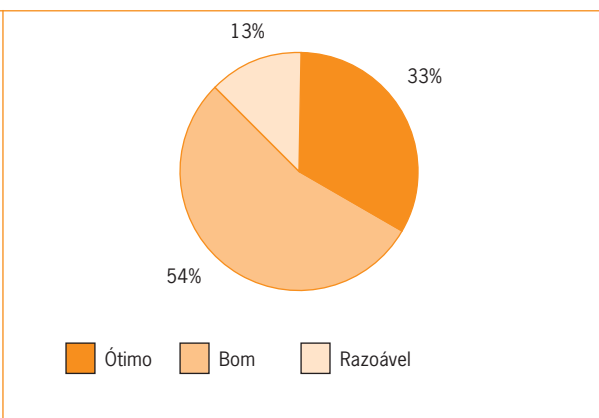


A condução do processo teve avaliação entre razoável e boa com o desempenho do coordenador considerado ótimo por 33% dos participantes, bom por 45% e razoável por 22%, o desempenho do relator considerado ótimo por 33% dos participantes, bom por 54% e razoável por 13%. (Gráficos 30 e 31).

**Gráfico 30: Percepção dos participantes quanto ao desempenho dos coordenadores dos grupos**



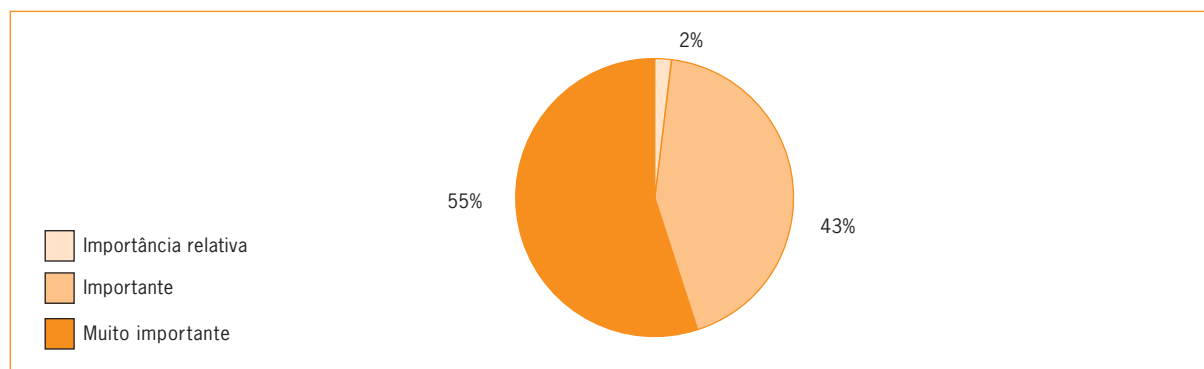
**Gráfico 31: Percepção dos participantes quanto ao desempenho dos relatores dos grupos**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

Quanto à importância da Agenda de Fortalecimento, 98% dos participantes consideraram o produto final da oficina muito importante ou importante para o trabalho da Secretaria Estadual de Saúde (Gráfico 32)

**Gráfico 32: Percepção dos participantes quanto à importância do produto final para a SES**



Fonte: Secretaria Executiva/CONASS – 2006

A percepção dos participantes sobre quais seriam os maiores benefícios resultantes da elaboração e implementação da agenda foram: a avaliação e monitoramento das políticas, a capacidade de gestão da SES, a superação de pontos fracos da Gestão Estadual, a melhoria da capacidade de gerenciamento da SES, a promoção de intercâmbios positivos dentro do sistema e fortalecer processos que não funcionam efetivamente, a melhoria do desenvolvimento da força de trabalho de saúde pública.

Significativa foi a atitude dos participantes em relação à sua atuação individual e seu envolvimento: a totalidade dos respondentes considerou que sua participação na elaboração da Agenda de Fortalecimento poderá contribuir para a melhoria de desempenho do setor/serviço da SES onde trabalha e 90% dos participantes relataram que se sentiram à vontade para sua opinião e participar do trabalho do grupo.

Também foram apresentadas as seguintes sugestões para melhorar o processo e o produto da Oficina de Fortalecimento:

- “Fazer validar todas as atividades e ações diagnosticadas na oficina”.
- “Repasse deste produto para os demais servidores que não tiveram a oportunidade de acompanhar este trabalho”.
- “Informação periódica sobre a execução da agenda para todos os que participaram de sua construção”.
- “Que os outros indicadores que não foram selecionados para esta oficina sejam incluídos para discussão em outro momento”.
- “A construção/elaboração de um instrumento que possa mensurar o cumprimento das metas, já que na Planilha de Objetivos se estipula prazos para execução das atividades pactuadas”.

Em síntese, houve efetiva mobilização dos participantes no trabalho de planejar o fortalecimento, assim como a valorização do trabalho de cada um para o alcance das metas comuns. A adesão ao processo foi além do esperado e suscitou expectativas muito favoráveis em relação às propostas construídas coletivamente. A equipe dirigente e o corpo técnico das secretarias foram mobilizados e comprometeram-se com as prioridades definidas.



## Reflexões sobre o percurso

As **Funções Essenciais de Saúde Pública**, como já mencionado, são suporte básico para o exercício da autoridade sanitária estadual do SUS e para a formulação e implementação das políticas de saúde de forma coerente com os princípios e valores do sistema público de saúde.

O fortalecimento das macrofunções gestoras na saúde, na perspectiva das novas atribuições das Secretarias Estaduais no sistema público de saúde, é também uma resposta às demandas de consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Constatase a necessidade de incorporar ao setor uma cultura de avaliação de resultados e de desempenho.

A experiência em curso de auto-avaliação das Fesp/SUS nos estados mostra-se uma importante ferramenta da gestão e para tomada de decisão, de modo a contribuir para a formulação ou reformulação e implementação das políticas.

A partir da auto-avaliação das funções essenciais ocorrida em cinco estados e o planejamento do fortalecimento das mesmas em três estados, conforme apresentados nesta publicação, foram identificadas algumas áreas a serem fortalecidas e outras reformuladas. Evidenciou-se também a necessidade de adequar os projetos de cooperação do CONASS com as Secretarias Estaduais de Saúde e implantar novos projetos e novas linhas de cooperação.

O processo de avaliação e de fortalecimento das Fesp/SUS tem demonstrado na prática que o SUS enfrenta enormes desafios e que ainda há pouco conhecimento por parte dos gerentes, técnicos e outros atores quanto ao conjunto de responsabilidades e atribuições sanitárias das instituições, que também há pouca apropriação dos meios necessários à mudança e melhoria do sistema e serviços de saúde.

Muitos dos propósitos iniciais foram alcançados com este trabalho. Os principais produtos gerados referem-se à construção de uma linha de consenso nas equipes estaduais quanto aos principais conceitos, responsabilidades e operacionalização das funções essenciais no SUS e o aprimoramento técnico dessas equipes na implantação ou implementação de novas práticas de gestão participativa, permitindo a apropriação de metodologia participativa de avaliação e contribuindo para o fortalecimento da gestão estratégica e seus atores.

O resultado final da auto-avaliação de cada estado apresenta insumos e subsídios para reformulação do orçamento, da Agenda de Prioridades e do Plano Estadual de Saúde, a partir da identificação de áreas problemáticas da gestão e da reorientação das prioridades para a cooperação técnica do estado com os municípios, como pode ser visto na apresentação da experiência da Secretaria de Saúde de Goiás, na segunda parte do livro.

Outra importante contribuição deste trabalho é a possibilidade de se rever as necessidades das SES na elaboração de projetos de cooperação integral entre o estado e o Ministério da Saúde, construído de modo ascendente e a partir das necessidades priorizadas pelas equipes dirigentes e técnicas da SES, e não a partir de atividades fragmentadas dos diferentes programas e áreas técnicas do Ministério da Saúde. Ainda no campo da



cooperação pode se constatar a importância dos produtos da auto-avaliação e do fortalecimento das Fesp/SUS no desenho da cooperação da Opas e CONASS com as SES, cujos subsídios poderão embasar a elaboração de novos projetos.

A identificação dos componentes mais frágeis e críticos das funções essenciais na Gestão Estadual, que, priorizados e hierarquizados, são referência para uma concisa análise de situação e para a elaboração da agenda de fortalecimento das Fesp/SUS, ocorre em um momento posterior a partir da decisão de cada estado.

Os participantes da oficina de fortalecimento avaliaram positivamente o processo de construção da Agenda de Fortalecimento das Fesp/SUS na Gestão Estadual e consideraram o produto final da oficina muito importante para o trabalho da Secretaria Estadual de Saúde e para o processo de construção da gestão participativa.

Tomando como referência o inventário das ações priorizadas nas Agendas de Fortalecimento das três secretarias, observou-se um conjunto de áreas ainda fragilizadas que necessitam de fortalecimento no campo da gestão do SUS, mais especificamente a implementação de políticas, a elaboração e a avaliação de planos, tecnologias e instrumentos de gestão; os mecanismos de financiamento, formação e desenvolvimento de recursos humanos; comunicação, controle social e normalização.

Várias sugestões dos participantes apontam questões relacionadas a integração entre atores e as instituições e destacam a importância da validação das atividades e ações diagnosticadas na oficina; o repasse do produto para os demais técnicos que não tiveram a oportunidade de acompanhar este trabalho; a criação de mecanismos para garantir a informação periódica sobre a execução da agenda para todos os que participaram de sua construção. Foi sugerida a continuidade do processo de fortalecimento interno à SES com a inclusão dos outros indicadores, além dos que foram selecionados para a oficina de fortalecimento, e a elaboração de um outro instrumento que possa mensurar o cumprimento das metas, pois na Matriz de Objetivos são estabelecidos os prazos para execução das atividades pactuadas.

Em síntese, houve efetiva mobilização dos participantes no trabalho de planejar o fortalecimento, assim como a valorização do trabalho de cada um para o alcance das metas comuns. A adesão ao processo foi além do esperado e suscitou expectativas muito favoráveis em relação às propostas construídas coletivamente. A equipe dirigente e o corpo técnico das secretarias foram mobilizados e comprometeram-se com as prioridades definidas.

Podemos concluir a partir dessa experiência que a metodologia participativa e integradora da avaliação e do planejamento e o formato de cooperação desencadeado entre os três principais atores envolvidos, Opas, CONASS e SES, desencadearam uma intensa mobilização e suscitaram novos compromissos dos dirigentes, técnicos e convidados na Gestão Estadual. Os resultados alcançados nos animam a continuar o processo de fortalecimento da Gestão Estadual, valorizando, sobretudo a participação e o desenvolvimento dos sujeitos individuais e coletivos no processo de trabalho.

É oportuno concluir este trabalho com a reflexão dos representantes das duas instituições que coordenaram este processo a Opas e o CONASS.





## 8.1 Cooperação para adaptação e uso das Fesp no Brasil: reflexões a partir de um Organismo Internacional

Júlio Suarez<sup>7</sup>  
Rosa Silvestre<sup>8</sup>

A cooperação internacional que hoje se conhece deve suas características e evolução, em grande parte, à ordem internacional inaugurada no pós-guerra.

Uma das principais características do que tem sido chamado de modelo tradicional de cooperação técnica internacional, desenvolvido nesse período pós-guerra, é a assimetria na relação entre doador e receptor de cooperação. Essa assimetria ou verticalidade é expressa em uma tendência do doador em deter uma autonomia quase completa em relação ao receptor, sobre a definição do conteúdo e desenho do projeto de cooperação, cabendo às instituições que recebem cooperação técnica, em geral, concentrarem-se simplesmente na execução do projeto.

A prática desse modelo tradicional consistia em levar “consultores especializados” (expertos) para atuarem nos países receptores da cooperação. Esta forma de cooperação tem resultado insuficiente e sujeita a fortes críticas, uma vez que as soluções trazidas de contextos ideológicos e culturais distintos não raro se mostravam pouco eficazes nos países demandantes.

Hoje apresentam-se mudanças significativas no cenário internacional colocando novos desafios à cooperação internacional e exigindo a elaboração e desenvolvimento de novos arranjos de cooperação.

O modelo tradicional de cooperação internacional não responde às atuais exigências, seja devido aos rearranjos no quadro de atores internacionais, seja por sua pouca efetividade ou devido ao crescimento da capacidade dos países. A verticalidade desse modelo vem sofrendo severas críticas, oriundas inclusive dos próprios organismos internacionais. Embora não exista um consenso sobre um novo modelo de cooperação, espera-se que esse contemple uma maior simetria entre as partes envolvidas, suscitando processos mais dialógicos e mais democráticos. No entanto, os elementos que caracterizam uma maior horizontalidade ainda não estão claros.

Nesse sentido, a experiência de cooperação técnica desenvolvida para a adaptação e uso da metodologia das Fesp no Brasil apresenta-se como um caso importante para a reflexão teórica e vivência prática de uma cooperação mais horizontal.

Diante da ausência de parâmetros consagrados de definição de cooperação horizontal e do desafio de se construir, na teoria e na prática uma cooperação mais efetiva, nos arriscamos a uma reflexão sobre a experiência que vivemos no caso das Fesp no Brasil. Essa reflexão nos possibilita identificar alguns elementos, senão definidores de uma nova proposta de cooperação, sinalizadores de uma cooperação técnica mais simétrica, horizontal.

<sup>7</sup> Responsável pela área de sistemas e serviços de saúde, do escritório da Opas no Brasil e coordenador do projeto das Fesp/SUS pela Opas.

<sup>8</sup> Técnica da área de sistemas e serviços de saúde, do escritório da Opas no Brasil.

Primeiramente há que se assinalar que o processo de negociação para a cooperação das Fesp foi um processo que envolveu um intenso diálogo entre a Opas, CONASS e Ministério da Saúde. Promoveu-se um conjunto de atividades, tais como, a participação de atores brasileiros em seminários e oficinas sobre o tema, nacionais e internacionais, com o intuito de esclarecer o marco e objetivos da chamada “Iniciativa da Saúde Pública nas Américas”, bem como de suas estratégias, entre elas a metodologia e instrumento de medição das Fesp. Esse processo de diálogo e o conhecimento mais detalhado da metodologia foram fundamentais para dirimir qualquer dúvida que pudesse haver quanto ao conteúdo e intencionalidades presentes na iniciativa e na metodologia e instrumento Fesp.

Ao longo desse período de conhecimento mais detalhado e apropriação da metodologia foi-se construindo um laço de confiança entre os atores, o qual foi fortalecido ao longo de todo o processo de cooperação.

Essa breve apresentação das circunstâncias iniciais da negociação para esta cooperação permite que se destaque um elemento fundamental para uma cooperação de sucesso: a confiança. Esse elemento pode não estar dado *à priori*, mas é fundamental que se construa ao longo do processo para que a cooperação seja simétrica, exitosa. Nesse sentido, é fundamental a disposição dos atores em escutar os diferentes pontos de vista e em deslocar interesses particulares em função de um projeto que apóie o fortalecimento da saúde. Essa postura foi marcante entre os diferentes atores, Opas, CONASS e Ministério da Saúde. No processo de cooperação, essas instituições estiveram representadas por profissionais que detinham alto conhecimento técnico, respeito e comprometimento com política de saúde adotada pelo Brasil, expressa em grande medida na construção do Sistema Único de Saúde, o SUS.

A partir dessa confiança selada, foi possível que o CONASS identificasse na metodologia original um instrumento com potencial de apoiar o fortalecimento da Gestão Estadual. Isso permitiu que se demandasse da Opas a cooperação para uso da metodologia, desde que adaptada à realidade do SUS, no âmbito da Gestão Estadual, o que foi bem recebido pela Opas que assumiu uma postura de abertura para a adaptação da metodologia original.

Assim que, um forte sinalizador da simetria ocorrida nessa cooperação está no fato de a metodologia Fesp, apresentada originalmente pela Opas, ter sido transformada, adaptada à realidade do Brasil num processo de intenso e respeitoso diálogo.

As várias referências que os atores freqüentemente fazem à “ressignificação”, “customização”, “brasileiramento” da metodologia inicial explicitam a interpretação própria que ocorreu da proposta original. Essas referências revelam a efetiva apropriação da metodologia permitindo que se encontrasse, na prática, uma combinação entre o aspecto geral, característico da proposta inicial da Opas e a especificidade necessária para que a cooperação ganhasse pertinência nacional.

A interpretação brasileira da proposta original da Opas é justamente a leitura realizada a partir de um quadro interpretativo adotado pelos interlocutores e que é dado pelo marco da Reforma Sanitária Brasileira, cuja maior expressão é a construção do SUS. Ou seja, o resultado da adaptação das Fesp à realidade do Brasil e ao âmbito estadual assinala que, na cooperação concreta, a opção política do país foi plenamente respeitada.

O processo de adaptação foi um exercício técnico-político de diálogo das Fesp com o que se construiu, enquanto princípios e materialidade concreta, de política pública em saúde no Brasil.

Nesse processo de adaptação, contrariando a lógica da verticalidade, durante todo o processo não se percebe a tradicional distinção entre doador e receptor de cooperação. Houve respeito ao projeto nacional e aos comentários técnicos da Opas, desdobrando-se na conformação de uma via de mão-dupla, onde todos, tanto o país quanto Opas, ganharam no processo.

Com esse processo de cooperação para as Fesp, a Opas fortaleceu sua inserção na discussão das competências dos estados, definição crucial para a construção de um SUS que realize, de fato, os princípios assumidos constitucionalmente.

Somam-se aos ganhos da Organização o fortalecimento de sua presença nos estados, o que, dado às dimensões continentais do Brasil, seria impossível sem a parceria estratégica com o CONASS, além de conferir uma maior legitimidade à essa presença.

O processo de adaptação das Fesp e sua aplicação nos estados têm permitido uma maior inter-relação entre as diferentes áreas técnicas da Opas. A possibilidade, colocada pela metodologia original, de uma discussão articulada das diferentes áreas ficou potencializada no processo de adaptação por se dar no momento da avaliação, mas também na fase de construção de uma agenda concreta de enfrentamento dos problemas.

O aporte metodológico para a construção das agendas de fortalecimento das Fesp, inovação construída no processo de cooperação, agrega grande valor à proposta original. A elaboração e disponibilização de uma metodologia para construção de agendas de fortalecimento, a partir das avaliações realizadas, permitem uma articulação imediata entre avaliação e tomada de decisões, apoiando a superação do uso de avaliações como um fim em si mesmo.

Por fim, é importante registrar que a experiência demonstra que um dos elementos que corroboram para a conformação de processos de cooperação técnica mais simétricos, eficazes e pertinentes é a proximidade real que constrói junto às contrapartes. Nesse sentido, a Opas também teve um grande ganho, pois suas relações com as contrapartes nacionais, Ministério da Saúde, CONASS e academia foram estreitadas e fortalecidas.

Conforme afirmamos inicialmente, essa experiência tem valor para a discussão sobre o desafio de se construir relações de cooperação mais simétricas. Essa experiência, que reconhecemos como exitosa na construção de simetria, assume a condição de uma boa referência para se pensar e construir processos de cooperação cada vez mais pertinentes. Nesse sentido, cabe ressaltar que esse desafio e essa reflexão não se restringem ao marco da cooperação internacional, da relação entre organismos internacionais e países. Sem dúvida esse é o lugar de fala da Opas, no entanto, a construção e análise de processos e cooperação mais efetivos é também um desafio de âmbito nacional, na medida em que a cooperação técnica se coloca como uma tarefa do SUS, a ser desenvolvida na inter-relação entre as diferentes esferas de governo, mas quanto aos ganhos do país, deixemos que a experiência concreta da cooperação junto aos estados e a presente publicação falem por si.



## 8.2 A experiência do CONASS de cooperação nas Fesp SUS<sup>9</sup>

Ricardo Scotti<sup>10</sup>  
Júlio Müller<sup>11</sup>  
Jurandi Frutuoso<sup>12</sup>

O CONASS apostou neste projeto e com a parceria da Opas e do Ministério da Saúde promoveu a capacitação de sua equipe técnica, trabalhou para o fortalecimento da equipe dirigente e técnica dos estados, inaugurando um processo de cooperação diferenciada, particularizada, com cada uma das Secretarias de Saúde. Em decorrência aumentou a confiança dos estados na capacidade da entidade e estreitamos os laços de parceria e cooperação com a Opas, com o Ministério da Saúde e demais atores envolvidos, abrindo novos diálogos e propostas de cooperação.

A experiência das Fesp/SUS, além de contribuir para a qualificação da equipe de assessoria técnica do CONASS (Astec),<sup>13</sup> incorporando conceitos e métodos, abriu novas linhas de trabalho para o monitoramento e a cooperação permanente com os estados. Para os nossos assessores o trabalho com as funções essenciais tem contribuído para a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, inclusive na área de metodologia de avaliação institucional. A adaptação do instrumento foi considerada muito importante por toda a Astec, para despertar nos participantes das oficinas de auto-avaliação e fortalecimento, a necessidade de conhecer e reconhecer o trabalho desenvolvido na Gestão Estadual do SUS pelos diversos setores e áreas técnicas.

O rico processo de adaptação do instrumento envolveu não só conteúdo técnico, mas também, o exercício de negociação e estabelecimento de consensos sobre conceitos, atribuições, capacidades e práticas, nesse âmbito de gestão do sistema público, somando-se ao trabalho desenvolvido nas reuniões das Câmaras Técnicas<sup>14</sup> do CONASS e nas assembléias.

Os assessores que participaram do projeto desde o início, fazendo parte da equipe que produziu a adaptação do instrumento, relatam ter adquirido mais domínio e segurança sobre o conteúdo e a metodologia proposta, conseqüência do rico processo de debates para a adequação das funções essenciais. Os que vieram participar posteriormente, em diferentes momentos, foram capacitados em serviço, primeiro como

<sup>9</sup> Contribuíram para esta análise os assessores técnicos do CONASS que participaram do processo de avaliação e fortalecimento das Fesp/SUS nos Estados: Rita de Cássia Bertão Cataneli, que também faz parte da coordenação do projeto, Déa M.T Carvalho, Gisele Bahia, Eliana Maria Ribeiro Dourado e Márcia Huçulak.

<sup>10</sup> Coordenador de projetos do CONASS e secretário executivo do conselho, quando do desenvolvimento do projeto de fortalecimento da Gestão Estadual com base nas Fesp/SUS

<sup>11</sup> Coordenador do projeto das Fesp/SUS pelo CONASS

<sup>12</sup> Presidente do CONASS na gestão 2006/2007 e atual Secretário Executivo da entidade.

<sup>13</sup> O CONASS conta com um corpo técnico permanente, a Assessoria Técnica (Astec), que tem a finalidade de dar suporte e embasamento às deliberações da diretoria e da Assembléia de secretários.

<sup>14</sup> Câmaras Técnicas (CT) do CONASS são espaços de discussão de temas específicos relacionados à política de saúde e a gestão do SUS, a formulação e avaliação de propostas, onde se reúnem periodicamente os técnicos procedentes de todas as secretarias de saúde.

observadores e depois como facilitadores, além de participar das reuniões periódicas de avaliação, feitas pela coordenação compartilhada do projeto, entre CONASS e Opas. Nesse sentido, há uma demanda de capacitação por parte da equipe do CONASS com finalidade de aprofundar e desenvolver seus conhecimentos e habilidades e assim, não só aprimorar sua participação nas oficinas das Fesp/SUS, como também inserir a discussão das funções nas Câmaras Técnicas.

A cooperação do CONASS com as secretarias de saúde adquiriu novos conteúdos e formatos com as funções essenciais. As Fesp/SUS, adaptadas e ressignificadas, sistematizam e concentram uma gama de atribuições e atividades da Gestão Estadual e trazem uma visão importante para as equipes gestoras do seu papel de condução do sistema estadual, como das ações inerentes ao seu desempenho, o que facilita a interface e a relação entre as áreas e favorece o desenvolvimento institucional.

No caso específico da avaliação das Fesp/SUS, o CONASS exercitou um papel que só ele poderia ter realizado: ser externo à instituição avaliada, podendo manter a neutralidade necessária em relação aos resultados e ser tão parte dela que a relação dada entre os técnicos da Gestão Estadual e do CONASS, nas oficinas, seja “entre nós” e não “nós e eles”, reafirmando assim a percepção da avaliação como auto-avaliação. A experiência de passar três dias nas oficinas, mergulhando junto com a equipe local na identificação de seus pontos fortes e fracos, aproximou os técnicos do CONASS dos atores do estado. O compromisso mútuo e a própria intensidade do processo de trabalho promoveu a interação, aprofundando as relações profissionais e afetivas, condição indispensável para um processo de cooperação exitoso.

A estratégia cuidadosa desenvolvida para o processo de avaliação foi muito importante. Foram dadas e cumpridas todas as garantias às Secretarias de não divulgação dos resultados a não ser aos próprios participantes (os resultados são apresentados e debatidos na plenária final) com a finalidade de reafirmar o compromisso político de todos com o fortalecimento da Gestão Estadual. Entregamos o relatório final em mãos do gestor estadual que decide o que fazer, sendo que nós, do CONASS, sempre oferecemos apoio à gestão para dar continuidade à cooperação, com a oficina de fortalecimento ou outras atividades demandadas pela equipe dirigente da secretaria.

Outro cuidado sempre presente é não comparar as experiências e as avaliações dos diferentes estados. O nosso entendimento é que o processo de cooperação deve ser particularizado e que devemos analisar cada Secretaria como um caso singular, procurando entender sua situação e seu contexto para ajudar a explicar seus problemas e assim, poder contribuir com o processo de fortalecimento. O projeto facilitou a aproximação e o olhar diferenciado das diversas realidades estaduais, melhorando o espírito da cooperação solidária, na opinião da Eliana Dourado. Neste sentido, ela destaca a importância do reconhecimento das peculiaridades políticas, estruturais, culturais, financeiras das secretarias e das diferentes regiões do país. No CONASS, sempre defendemos a noção de que, em decorrência de imensa diversidade regional e local, no Brasil, o SUS deve ser único, mas com diversas fisionomias.

Ainda que todo dirigente ou técnico da Gestão Estadual, ou assessor do CONASS, tenha sua impressão ou até mesmo seu diagnóstico formado, em relação à situação da Secretaria de Saúde e sua atuação, o processo de auto-avaliação contribui para identificar e definir/redefinir a sua missão, seus objetivos, suas atribuições e suas atividades na prática cotidiana. A reflexão em relação ao conjunto das funções estruturantes da saúde pública e da gestão, no contexto das oficinas, foi sem dúvida um laboratório de trocas de experiência e acúmulo de conhecimento individual e coletivo para todos os participantes. O exercício das Fesp/SUS possibilitou e impulsionou as SES a se fortalecerem, a planejarem estratégias de solução para os problemas identificados e propiciou a criação de um vínculo que se explicita, principalmente quando as SES solicitam o “fortalecimento” e a continuidade do processo de cooperação.

Não há consenso interno da equipe de assessores quanto à influência da cooperação através das Fesp/SUS na formulação de novas linhas de trabalho e de mudança no enfoque do trabalho do CONASS com as secretarias. Para alguns tanto a cooperação quanto a formulação de novas linhas de trabalho do CONASS com as secretarias saem fortalecidas nesse processo. Rita Cataneli, por exemplo, considera que mudou seu enfoque de trabalho na área de Atenção Primária à Saúde e Déa Carvalho, apesar de não estar no processo desde o início, afirma que o trabalho com as Fesp/SUS contribuiu para a mudança do seu enfoque de trabalho, principalmente no espaço da Câmara Técnica de informação e informática. Outros acreditam que ainda é prematura esta análise, pois não houve um trabalho institucional para dentro da Astec, de repasse sistemático dos resultados identificados nas avaliações, acessível apenas àqueles que estiveram no processo desde o início.

Apesar das diferentes análises, conclui-se que o fortalecimento das Fesp/SUS pode ser um eixo de cooperação permanente e de monitoramento da agenda das secretarias, inclusive de estímulo a novas adesões, um espaço oportuno para os assessores que realizam o acompanhamento dos estados. Daí a necessidade de maior conhecimento e aprofundamento dos resultados obtidos, como avalia Gisele Bahia.

A incorporação de temas das funções essenciais às Câmaras Técnicas (CT) do CONASS já apresenta alguns resultados positivos como, por exemplo, na CT de Informação e Informática, onde se utilizou dos resultados da auto-avaliação quanto ao pouco uso de informações e desconhecimento dos sistemas de informação nas secretarias, explicitados nos resultados da maioria dos estados, como objeto de discussão que tem gerado proposições e alguns encaminhamentos para mudar a situação.

O trabalho com as funções essenciais ampliou a visão dos dirigentes e técnicos do CONASS, sobre as necessidades abrangentes e integrais de cooperação com o Ministério da Saúde, Conasems, Opas e outras organizações, na medida em que se integram e interagem com o conjunto de sujeitos das secretarias e não somente com os dirigentes ou com os técnicos de um programa ou um setor, isoladamente. O produto destas avaliações, transformadas em agenda de fortalecimento, facilita a interlocução com o Ministério da Saúde e demais organismos de cooperação, em função das evidências resultantes do processo de trabalho, o que possibilita novas moldagens no desenho de cooperação, mais articuladas e orgânicas. As Fesp/SUS, na opinião de Márcia Huçulak, permitem a análise e a visão global do processo de trabalho, das ações e projetos que a secretaria desenvolve e,



portanto, cria condições de identificar onde e como o CONASS pode contribuir, mais e melhor, seja diretamente, seja mobilizando o Ministério da Saúde ou outra instituição.

Um exemplo concreto é o caso da área de informação e informática, onde as observações sobre as deficiências percebidas pelas próprias secretarias levaram a um processo de negociação com o Datasus para a capacitação dos técnicos nas ferramentas disponíveis para tabulação e apresentação dos dados, (em curso). Em relação à área de ciência e tecnologia, propiciou a discussão com o Ministério da Saúde e Conasems, sobre o papel das três esferas de governo em relação à gestão de tecnologias em saúde e é possível que, a partir desta interação alguns indicadores das Fesp/SUS, referentes ao tema, tenham que ser revistos.

Finalmente, um último aspecto que merece ser ressaltado é a coordenação conjunta do processo de cooperação, por parte do CONASS e da Opas. A condução integrada teve início com a elaboração e formulação do projeto e desenvolveu-se por todo o percurso da aplicação, nas oficinas e nas reuniões de condução. Esse modelo de condução fortaleceu os laços entre as duas instituições, favoreceu novos canais de diálogos, aproximou a Opas da realidade das gestões estaduais, abriu caminhos para a cooperação direta da Opas com alguns estados. O apoio mútuo fortaleceu a presença de ambas as instituições em novos fóruns como, por exemplo, a troca de experiência CONASS/Opas com a Associação Mexicana de Educação para a Saúde Pública, em 2006, e a participação conjunta no VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado em agosto de 2006, no Rio de Janeiro. A parceria e o apoio da Opas ainda propiciaram ao CONASS novos espaços de cooperação internacional, como a troca de experiências com autoridades sanitárias subnacionais de outros países do continente. Também acreditamos que, para a Opas, a experiência brasileira em conjunto com a de outros países, poderá contribuir para um movimento de retomada da iniciativa das funções essenciais, mas em novas bases, adaptada às realidades nacionais e comprometida firmemente com o processo permanente de reformular as políticas para o fortalecimento.

Em suma, a experiência de fortalecimento da Gestão Estadual do sistema público de saúde, com base nas funções essenciais adaptadas ao SUS, é uma experiência exitosa, com perspectivas de se transformar em um novo modelo de cooperação permanente no âmbito do SUS.





## Referências bibliográficas

BAKER, Quinton et al. **Uma estrutura de avaliação para os programas de saúde da comunidade**. Carolina do Norte: Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000.

BORDIN, Ronaldo. **Definição de prioridades em saúde**: os Conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades. Porto Alegre: Dacasa, 2002. (Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde – PDG Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília: 2004. (Conass Documenta, 6).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: 2003. Conass Progestores.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o pacto pela saúde: legislação e notas do Conass. In: SEMINÁRIO DO CONASS, Brasília, 2006. **Anais...** Brasília: Conass, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: 2006b. Série Pactos pela Saúde 2006, 1.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 151-67. (Série Didática - Saúde em Debate, 108).

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality**: a conceptual exploration. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan.v.1, p. 03-31. 1988.

\_\_\_\_\_. **Garantía y monitoría de la atención médica**. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992. (Perspectivas en Salud Pública, 10).

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Uma agenda para o fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública**. Goiânia: SES/GO, 2005.

KINGDON, W. John. **Agendas, alternatives and public policies**. Boston: Little Brown, 1984.

LEVCOVITZ, Eduardo et al. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2).

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

FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. t.1. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. (Saúde Coletiva, 4).

MERHY, Emerson Elias. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, Edmundo (Org.). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 117-49.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilza Ramos (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 53-70.

MÜLLER NETO, Júlio Strubing. Avaliação e fortalecimento da Gestão Estadual com base nas Funções Essenciais de Saúde Pública. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8.; CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11., 2006, Rio de Janeiro. **Apresentação Painel**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

\_\_\_\_\_. Experiência Brasileira de Adaptação das Funções Essenciais de Saúde Pública – Fesp. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ENCONTRO DE GESTORES ESTADUAIS, PROVINCIAIS E DEPARTAMENTAIS DE SISTEMAS SUL-AMERICANOS DE SAÚDE, 1., Brasília. **Anais...** Brasília, 2005. p. 83-9. CONASS Documenta, 9.

\_\_\_\_\_. Responsabilidade e papel do Estado na gestão do SUS. In: SEMINÁRIO DO CONASS PARA A CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 1., 2003, Aracaju. **Anais...** Brasília: CONASS, 2003. p. 100-9. Conass Progestores.

MUÑOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 2, p. 126-34, 2000.

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

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: MATTOS, Ruben Araújo. **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2006. p. 11-26.

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

SOUZA, Luiz Eugênio Portela Fernandes de; SILVA, Ligia Maria Vieira da; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 65-102.

SUAREZ, Júlio. As Funções Essenciais de Saúde Pública: um panorama nas Américas. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **I ENCONTRO DE GESTORES ESTADUAIS, PROVINCIAIS E DEPARTA-**

**MENTAIS DE SISTEMAS SUL-AMERICANOS DE SAÚDE.** Brasília: 2005. p. 81-82. CONASS Documenta, 9.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **O futuro da prevenção.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

VIANA, Ana Luiza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 30, p. 5-43, mar./abr., 1996.

\_\_\_\_\_. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema municipal de saúde e os Conselhos de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 20-22, 1998.











## O relato de uma experiência singular: as Fesp/SUS em Goiás

Este relato baseia-se no informe final da oficina de avaliação<sup>1</sup> das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp/SUS), realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/Goiás). Tem como objetivo apresentar os resultados, sua análise sucinta e a experiência vivenciada pelo conjunto de atores: gestores, coordenadores, organizadores, facilitadores e participantes dos grupos. O CONASS obteve o consentimento formal do gestor à época, para publicar os resultados.

Goiás foi o primeiro estado a realizar a auto-avaliação das Fesp/SUS. Uma iniciativa do então gestor, estadual Fernando Cupertino. A adesão ao processo por parte da equipe dirigente e o cumprimento do compromisso estabelecido com as instituições da coordenação nacional, CONASS e Opas, para testar a adequação das funções essenciais e a adaptação da metodologia de aplicação, foram decisivos para o sucesso do projeto e o seu posterior desdobramento nacional. A partir da experiência de Goiás, novas secretarias aderiram ao projeto o que permitiu o aprimoramento sucessivo do instrumento e a adequação da metodologia.

A oficina de auto-avaliação das funções essenciais na gestão estadual, em Goiás, ocorreu nos dias 26 a 29 de setembro de 2005, em Goiânia, no Hotel San Marino. Foi precedida de uma reunião preparatória, quando as orientações e condições necessárias para sua realização foram definidas, assim como os membros e atribuições da coordenação estadual.

A abertura do evento foi realizada pelo Secretário de Estado da Saúde, Fernando Cupertino, e contou com a presença do representante do CONASS, Júlio Strubing Müller Neto, do representante da Opas, Horácio Toro O'Campo, e do Diretor do Departamento de Atenção Básica/MS, Luís Fernando Rolin Sampaio.

Durante três dias de trabalho, reunidos em três grupos, 45 participantes, convidados pelo secretário com apoio da coordenação estadual, incluídos a equipe dirigente, técnicos de diversas áreas da SES e convidados externos<sup>2</sup>, vivenciaram um intenso processo de trabalho, que exigiu dedicação e presença em tempo integral, ambiente adequado às necessidades do evento e logística de suporte para os trabalhos.

Além dos participantes selecionados pela SES, estiveram presentes à oficina dez convidados pelo CONASS/Opas, representantes das Secretarias de Saúde da Bahia, do Ceará, de Rondônia e de Sergipe, na qualidade de observadores, com objetivo de conhecer a metodologia.

O número de participantes dos grupos variou de doze a dezessete o que possibilitou a participação<sup>3</sup> de gerentes e técnicos de diferentes perfis e especialidades, de diversas áreas de trabalho, o que enriqueceu o

<sup>1</sup> O Informe Final da auto-avaliação das Fesp/SUS na SES de Goiás foi elaborado por Júlio Müller e Rita de Cássia Bertão Cataneli, novembro/2005.

<sup>2</sup> A metodologia da auto-avaliação (Capítulo 3) estabelece como orientação, que pelo menos 20% do total de participantes sejam convidados externos à SES, ou seja, não sejam vinculados à administração estadual.

<sup>3</sup> Órgãos ou setores das SES participantes: superintendências, assessorias, gerências, unidades próprias da SES, regionais e representantes da SES no CES.

processo. Sem vínculos com a Secretaria de Saúde, participaram professores da Universidade Federal de Goiás e representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/GO).

Os grupos de trabalho foram organizados de modo que dois deles avaliaram quatro funções, e um, cinco funções. Os três grupos responderam à Fesp/SUS n. 11<sup>4</sup>. Todos os grupos trabalharam em média 12 a 13 horas, em dois dias, para responder as funções, inclusive o grupo com maior número.

O uso da técnica de busca de consenso pelos participantes, para cada pergunta do instrumento, teve ampla adesão e a eleição pelo grupo, do coordenador e subcoordenador, contribuiu para a sua condução e sua autonomia.

A presença de dois facilitadores (consultores) da coordenação nacional, por grupo, contribuiu para a condução dos trabalhos e foi imprescindível na fase inicial do processo, no primeiro dia, quando os grupos ainda não haviam incorporado os conceitos, os métodos e as técnicas para a realização da avaliação.

A equipe de coordenação nacional e os consultores/facilitadores fizeram a observação e o registro de toda a oficina, material utilizado para a reavaliação do instrumento e readequação da metodologia.

A apresentação dos resultados, fruto do consenso dos grupos foi feita em plenária, coordenada pelo gestor estadual e contemplou: a média do desempenho da SES em relação ao conjunto das funções essenciais; a pontuação dos indicadores por função; a posição dos indicadores por área de avaliação/intervenção: capacidade institucional e infra-estrutura, resultado e processos-chaves e cooperação com os municípios, que apontam os indicadores bem avaliados e os que precisam ser fortalecidos. A apresentação dos resultados foi seguida pelo debate e pelo posicionamento do conjunto dos participantes sobre os mesmos, sobre o instrumento e a metodologia. Complementando a avaliação da plenária foi aplicado um questionário aos participantes, com perguntas abertas e fechadas, relacionadas à metodologia e ao instrumento, cujo resultado foi sistematizado no informe final e também contribuiu para a reavaliação do processo.

O informe final da avaliação foi elaborado pela coordenação nacional do projeto de fortalecimento da gestão estadual com base nas funções essenciais e traça um quadro detalhado da auto-avaliação, procede à análise dos resultados com base nas respostas dadas ao questionário e faz diversas sugestões de encaminhamentos à equipe dirigente. A seguir, são apresentados, grosso modo, os resultados dos indicadores obtidos na avaliação, sem aprofundamento nem análise, apenas para exemplificar alguns dos produtos e sua potencialidade para o fortalecimento da gestão estadual do SUS.

## 1.1 Resultados

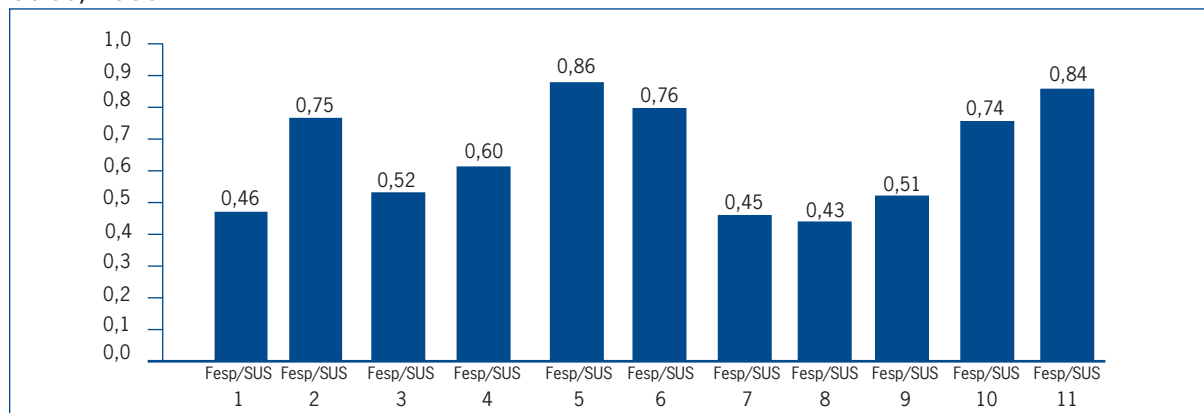
O valor médio alcançado pela gestão estadual na avaliação das funções essenciais foi 0,63. O gráfico 1, indica a pontuação das 11 funções, variando de 0,43 (F8) a 0,86 (F5). As Fesp/SUS n. 1, 3, 4, 7, 8 e 9 ficaram abaixo da média do estado, e as Fesp/SUS n. 2, 5, 6, 10 e 11 acima da média.

Os gráficos de 2 a 12 apresentam a pontuação dos 47 indicadores em cada função.

<sup>4</sup> A Fesp 11 foi totalmente modificada em relação ao instrumento original da Opas e por este motivo decidiu-se por todos os grupos avaliarem esta função. Inicialmente foi denominada “Condução da mudança do modelo de Atenção à Saúde” e posteriormente foi alterado para: “Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde”.

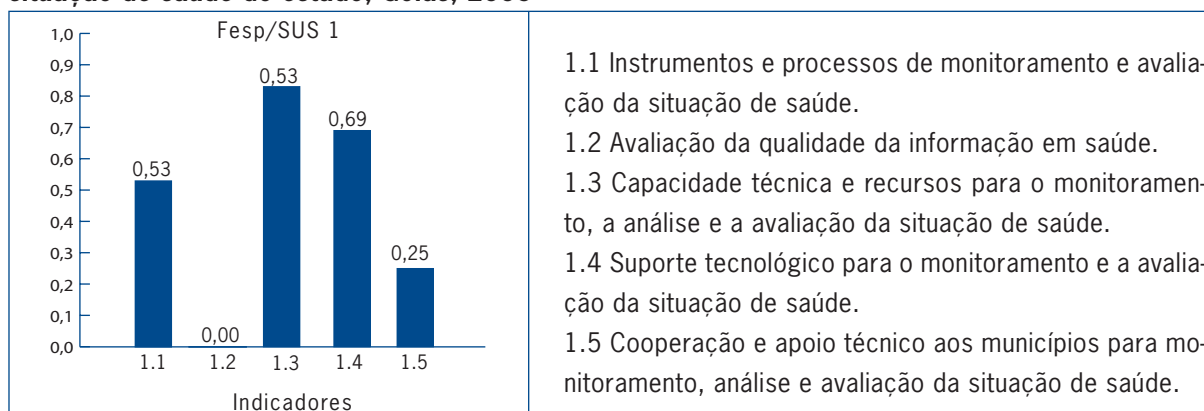


**Gráfico 1: Pontuação das Funções Essenciais de Saúde Pública da Gestão Estadual do SUS, Goiás, 2005**



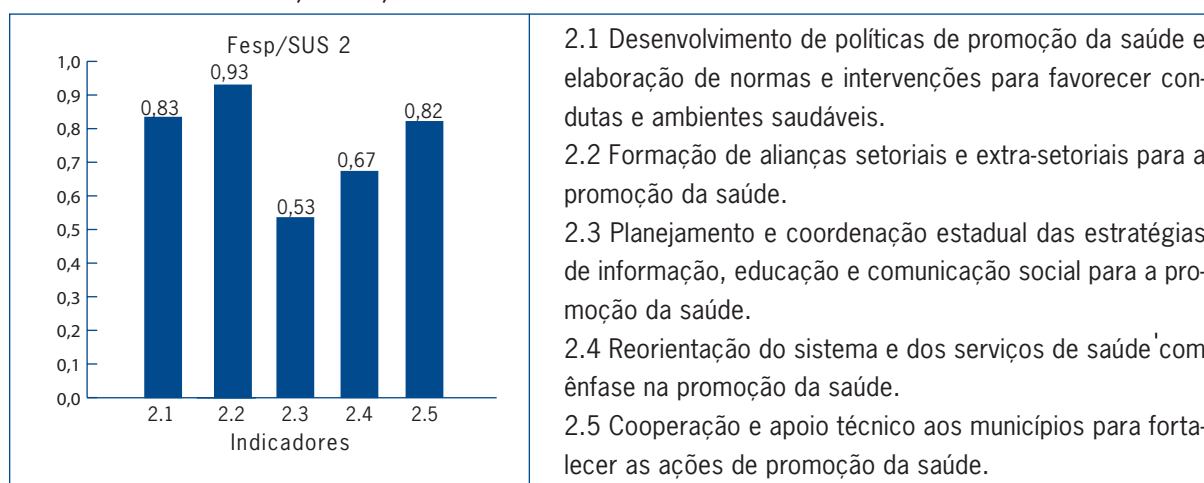
Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 2: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 1 – Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado, Goiás, 2005**



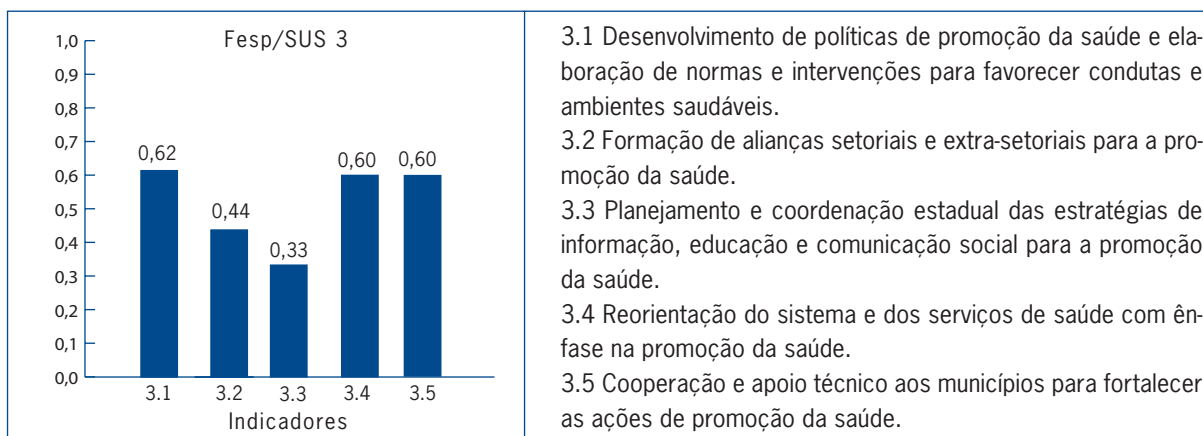
Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 3: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 2 – Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde, Goiás, 2005**



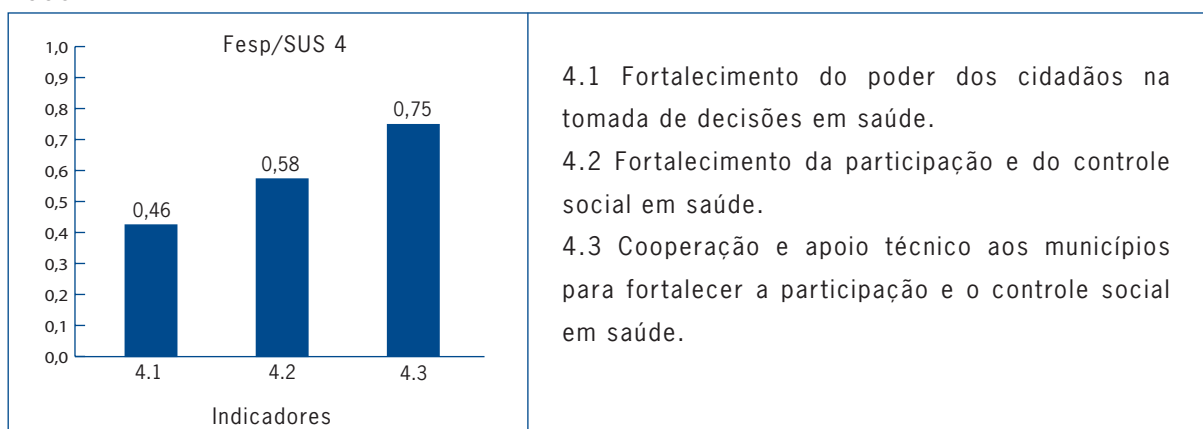
Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 4: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 3 – Promoção da saúde, Goiás, 2005**



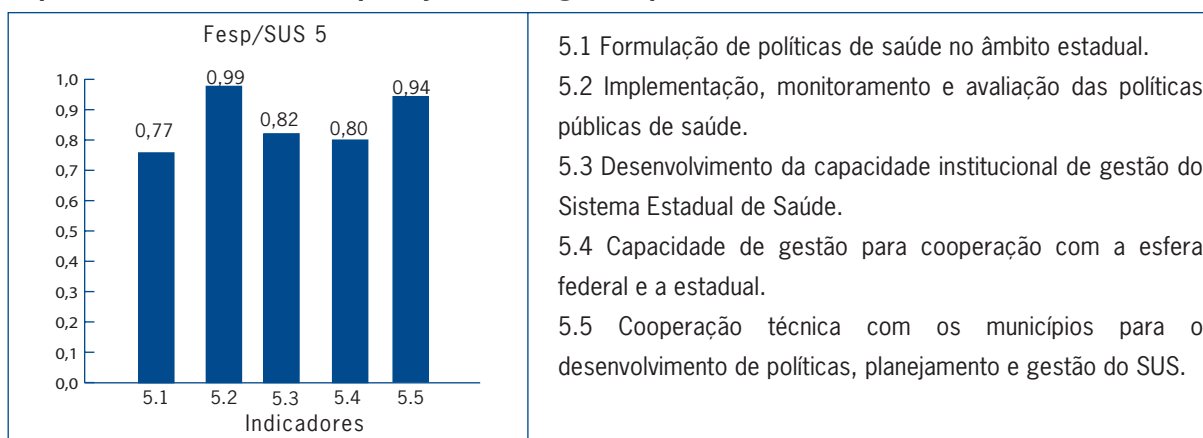
Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 5: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 4 – Participação social em saúde, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

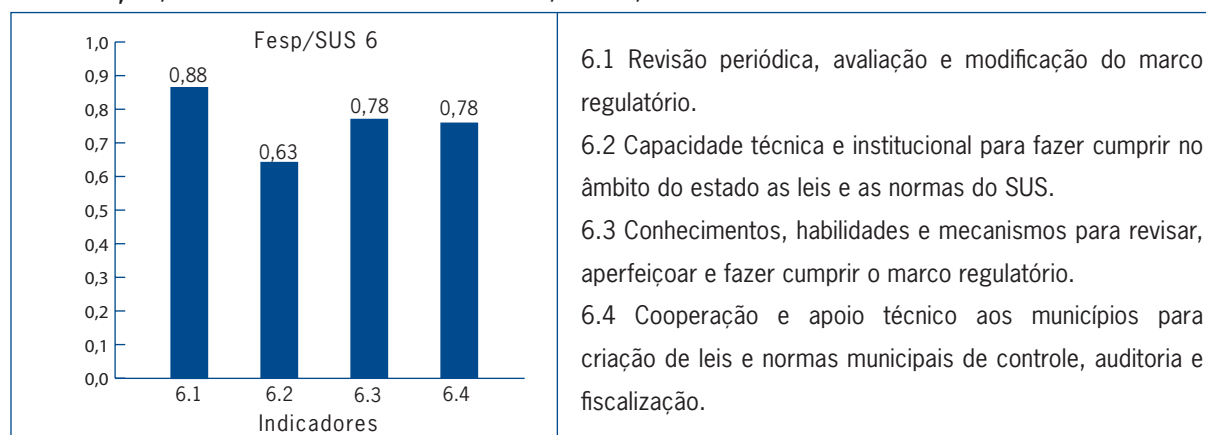
**Gráfico 6: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 5 – O Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

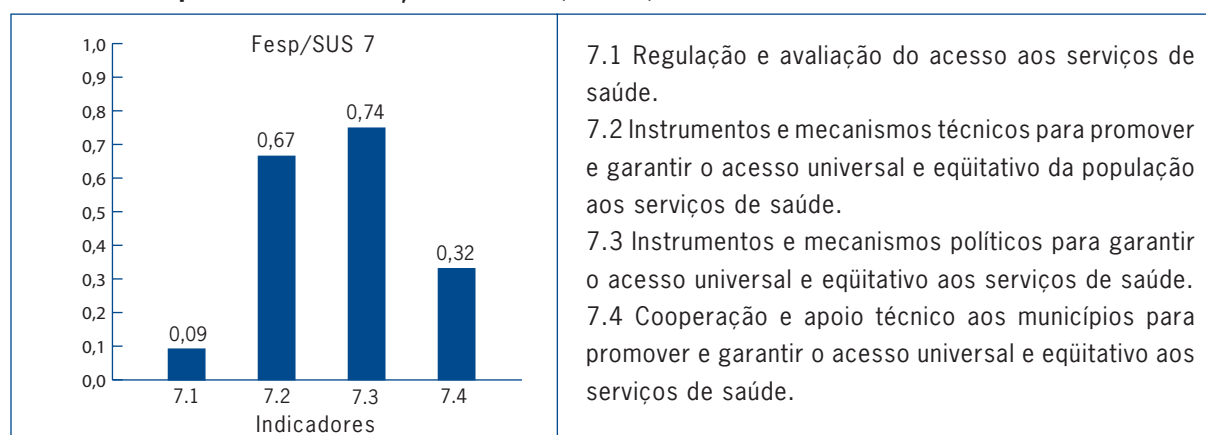


**Gráfico 7: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 6 – Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde, Goiás, 2005**



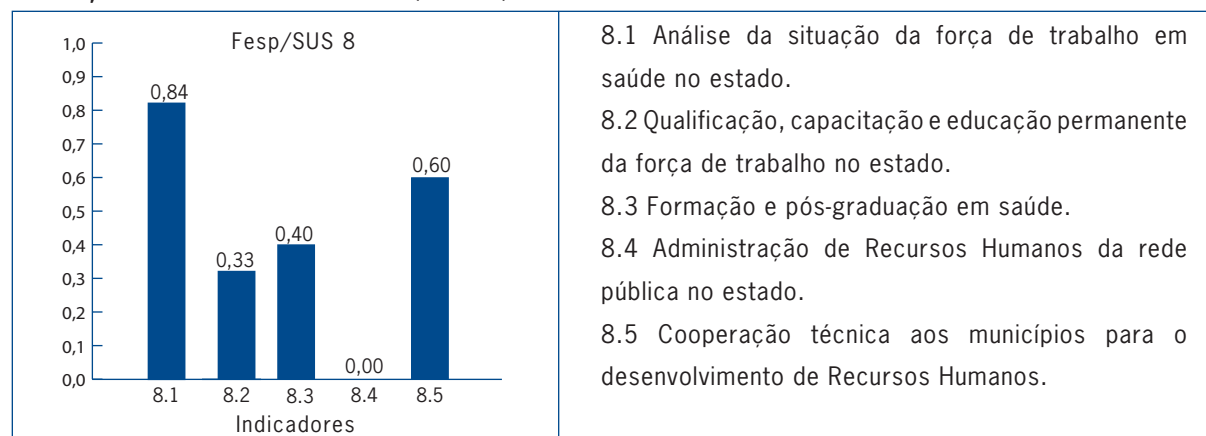
Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 8: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 7 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 9: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 8 – Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos, Goiás, 2005**

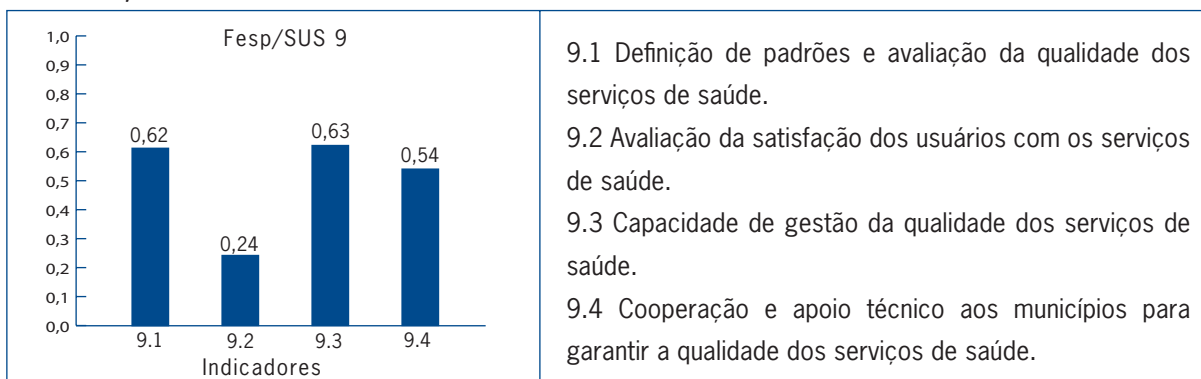


Fonte: SES/Goiás – 2005





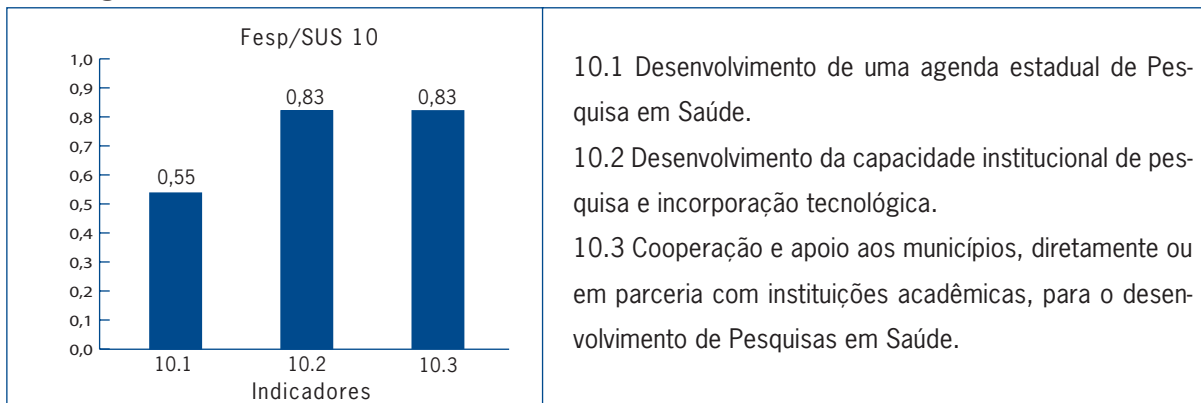
**Gráfico 10: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 9 – Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde Goiás, 2005**



- 9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.
- 9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.
- 9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.
- 9.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.

Fonte: SES/Goiás – 2005

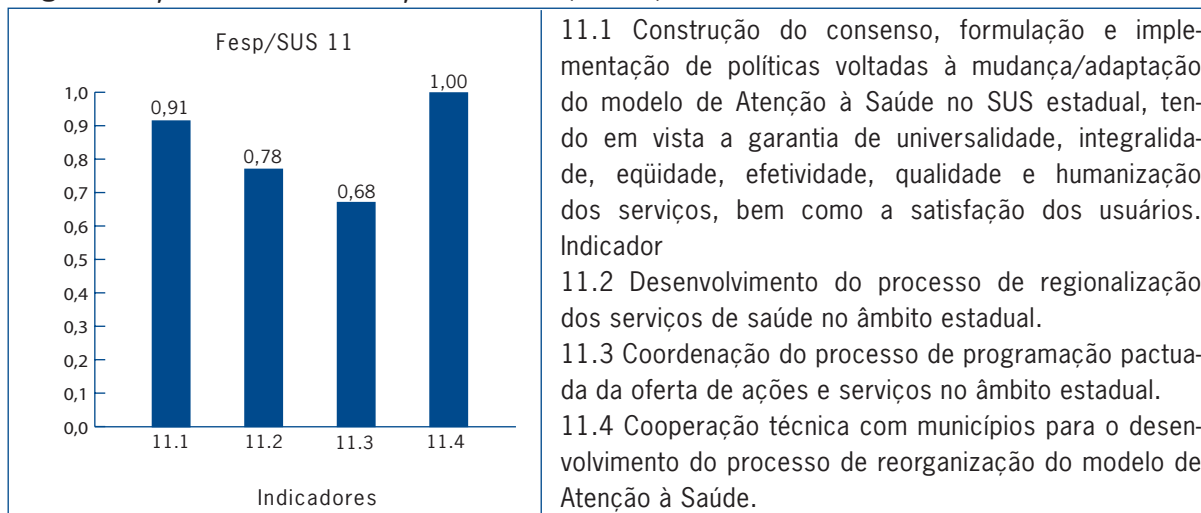
**Gráfico 11: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 10 – Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, Goiás, 2005**



- 10.1 Desenvolvimento de uma agenda estadual de Pesquisa em Saúde.
- 10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.
- 10.3 Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde.

Fonte: SES/Goiás – 2005

**Gráfico 12: Pontuação dos indicadores da Fesp/SUS n. 11 – Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde, Goiás, 2005**



- 11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no SUS estadual, tendo em vista a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços, bem como a satisfação dos usuários. Indicador
- 11.2 Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.
- 11.3 Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual.
- 11.4 Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de Atenção à Saúde.

Fonte: SES/Goiás – 2005





O instrumento das Fesp/SUS possibilita a apresentação dos resultados, na forma de agregação dos indicadores por área de avaliação/intervenção (gráficos 13, 14 e 15), indicando a pontuação alcançada em relação ao valor médio do estado (forte e débil), ou seja: indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura; resultados e processos chaves e cooperação com os municípios.

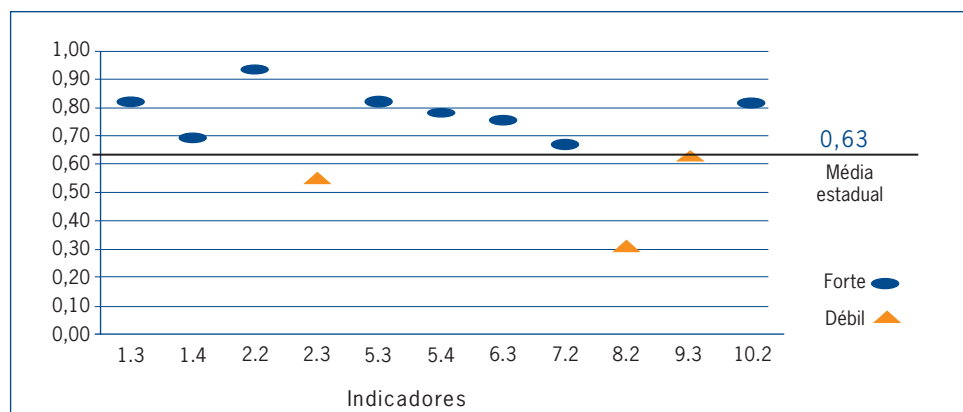
### 1.1.1 Indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura

A SES teve um bom desenvolvimento nesta área, dos 11 indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura (gráfico 13), oito foram avaliados com pontuação superior à média da SES e cinco tiveram pontuação superior a 0,8, sendo que o indicador “capacidade técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde” obteve a maior pontuação (0,93).

Apenas três indicadores foram avaliados abaixo da média estadual:

- 2.3: “capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública”.
- 8.2: “qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no estado”.
- 9.3: “capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde”.

**Gráfico 13: Indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

### 1.1.2 Indicadores de resultados e processos chaves

A área de cumprimento de resultados e processos (gráfico 14) ficou com maior número de indicadores mal avaliados, 15 no total de 25 indicadores.

Os indicadores que tiveram pontuação acima da média estadual foram 10, cinco deles acima de 0,8:

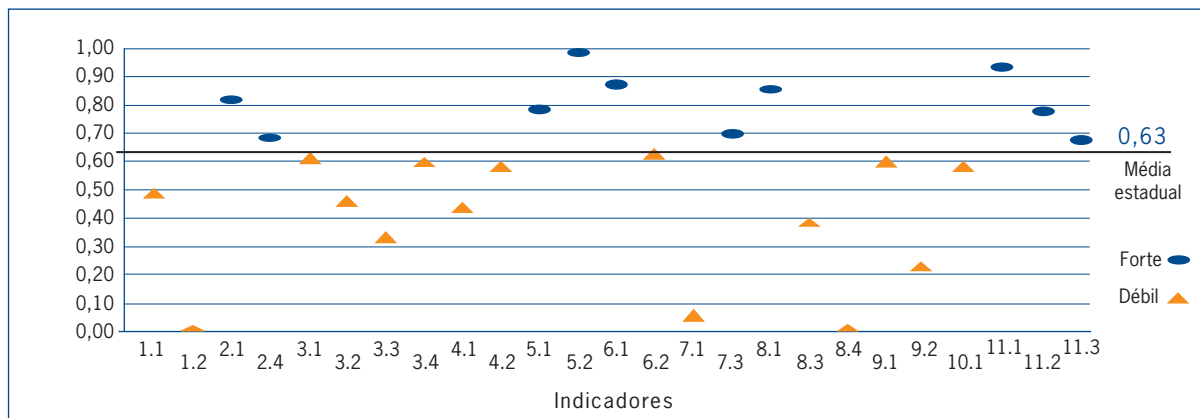
- 2.1 – “Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde”.
- 5.2 – “Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde”.
- 6.1 – “Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório”.
- 8.1 – “Análise da situação da força de trabalho em saúde no estado”.
- 11.1 – “Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no SUS estadual, tendo em vista a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços, bem como a satisfação dos usuários”.



Os indicadores considerados críticos, com pontuação abaixo de 0,3, foram:

- 1.2 – “avaliação da qualidade da informação”.
- 7.1 – “regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde”.
- 8.4 – “administração dos recursos humanos”.
- 9.2 – “avaliação da satisfação do usuário”.

**Gráfico 14: Indicadores de resultados e processos chaves, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

### 1.1.3 Indicadores de cooperação com os municípios

Na área de cooperação com os municípios (gráfico 15), do total de 11 indicadores, seis foram pontuados acima do valor médio da SES, dos quais quatro ficaram acima de 0,8. O indicador 11.4 foi avaliado com padrão ótimo (1,0):

- 2.5 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios”.
- 5.5 – “Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS”.
- 10.3 – “Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde”.
- 11.4 – “Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de Atenção à Saúde”.

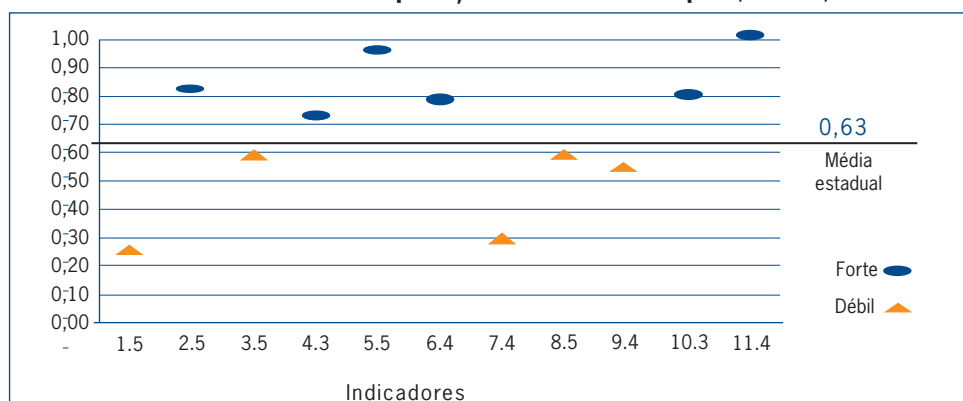
A cooperação com os municípios teve cinco indicadores avaliados abaixo da média do estado:

- 1.5 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde”.
- 3.5 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde”.
- 7.4 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde”.
- 8.5 – “Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos”.
- 9.4 – “Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde”.





**Gráfico 15: Indicadores de cooperação com os municípios, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005

As tabelas 1, 2 e 3 disponibilizam a pontuação dos indicadores de cada área de avaliação/intervenção, na **coluna 1**; a classificação em relação à média estadual, na **coluna 2**; e a classificação com base no valor de referência, na **coluna 3**. Neste caso, o valor de referência (0,76) foi calculado, aplicando 20% ao valor médio da SES (0,63), que indica uma meta a ser alcançada<sup>5</sup> para efeito de intervenção.

Já os gráficos 16, 17 e 18 permitem visualizar a posição dos indicadores, de cada área de avaliação/intervenção, em relação ao valor de referência (0,76). Como pode ser observado há uma mudança na posição dos indicadores, geralmente aumentando o número de indicadores críticos.

**Tabela 1: Classificação dos indicadores de capacidades e infra-estrutura, em relação à média estadual e ao valor de referência, Goiás, 2005**

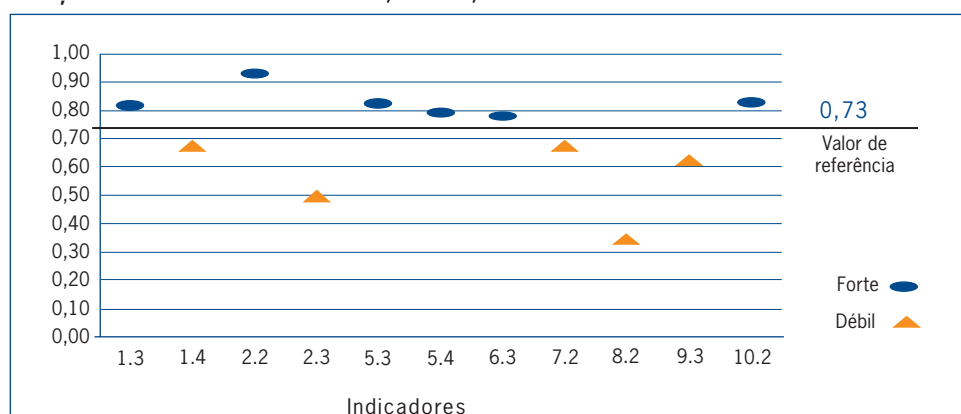
Valor da Média Estadual		0,63		
Valor de Referência		0,76		
Fesp/SUS	Indicadores	Valor do Indicador	Média Estadual	Valor de Referência
1	1.3 Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde.	0,83	F	F
1	1.4 Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde.	0,69	F	D
2	2.2 Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.	0,93	F	F
2	2.3 Capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública.	0,53	D	D
5	5.3 Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde.	0,82	F	F
5	5.4 Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual.	0,80	F	F
6	6.3 Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório.	0,78	F	F

<sup>5</sup> Este valor é aleatório, cada Secretaria pode definir seu próprio valor de referência com objetivo de classificar os indicadores críticos, ou seja, prioritários para intervenção. Ver detalhes no capítulo 7, "Planejando o Fortalecimento".

7	7.2 Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde.	0,67	F	D
8	8.2 Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no estado.	0,33	D	D
9	9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.	0,63	D	D
10	10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.	0,83	F	F

F= Forte D=Débil Fonte: SE/CONASS – 2006

**Gráfico 16: Indicadores de capacidade institucional e infra-estrutura em relação ao valor de referência, Goiás, 2005.**



Fonte: SES/Goiás – 2005

**Tabela 2: Classificação dos indicadores de resultados e processos chaves em relação à média estadual e ao valor de referência, Goiás, 2005.**

Valor da Média Estadual		0,63		
Valor de Referência		0,76		
Fesp/SUS	Indicadores	Média do Indicador	Média Estadual	Valor de Referência
1	1.1 Instrumentos e processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde.	0,53	D	D
1	1.2 Avaliação da qualidade da informação em saúde.		D	D
2	2.1 Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde.	0,83	F	F
2	2.4 Capacidade de resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde.	0,67	F	D

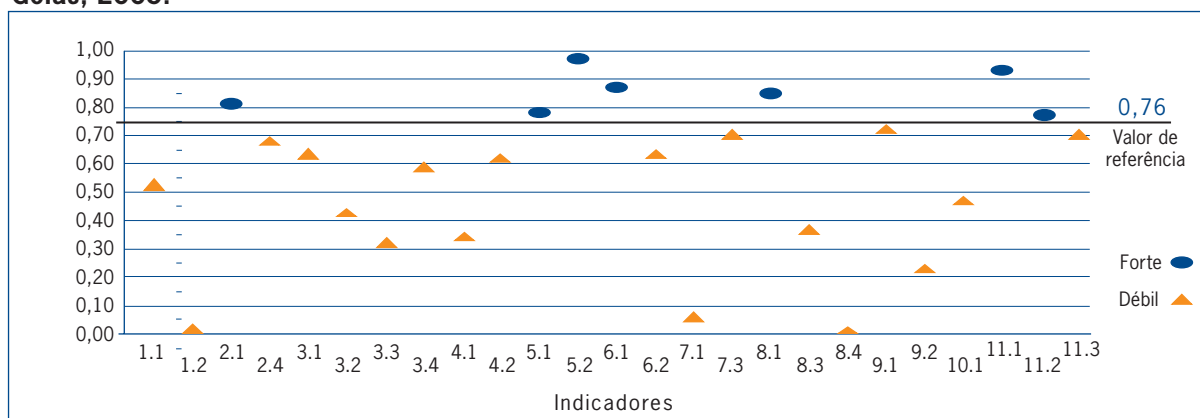


3	3.1 Apoio a atividades de promoção da saúde, elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis	0,62	D	D
3	3.2 Formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção da saúde.	0,44	D	D
3	3.3 Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde.	0,33	D	D
3	3.4 Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.	0,60	D	D
4	4.1 Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde.	0,46	D	D
4	4.2 Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.	0,58	D	D
5	5.1 Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.	0,77	F	F
5	5.2 Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.	0,99	F	F
6	6.1 Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório.	0,88	F	F
6	6.2 Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e as normas do SUS.	0,63	D	D
7	7.1 Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde.	0,09	D	D
7	7.3 Instrumentos e mecanismos políticos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	0,74	F	D
8	8.1 Análise da situação da força de trabalho em saúde no Estado.	0,84	F	F
8	8.3 Formação e pós-graduação em saúde.	0,40	D	D
8	8.4 Administração de Recursos Humanos da rede pública no Estado.		D	D
9	9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.	0,62	D	D
9	9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.	0,24	D	D
10	10.1 Desenvolvimento de uma agenda estadual de Pesquisa em Saúde.	0,55	D	D
11	11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no SUS estadual, tendo em vista a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização dos serviços, bem como a satisfação dos usuários.	0,91	F	F
11	11.2 Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.	0,78	F	F
11	11.3 Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual.	0,68	F	D

F= Forte D=Débil

Fonte: SE/CONASS – 2006

**Gráfico 17: Indicadores de resultados e processos chaves em relação ao valor de referência, Goiás, 2005.**



Fonte: SES/Goiás - 2005

**Tabela 3: Classificação dos indicadores de cooperação com os Municípios em relação à média estadual e ao valor de referência, Goiás, 2005.**

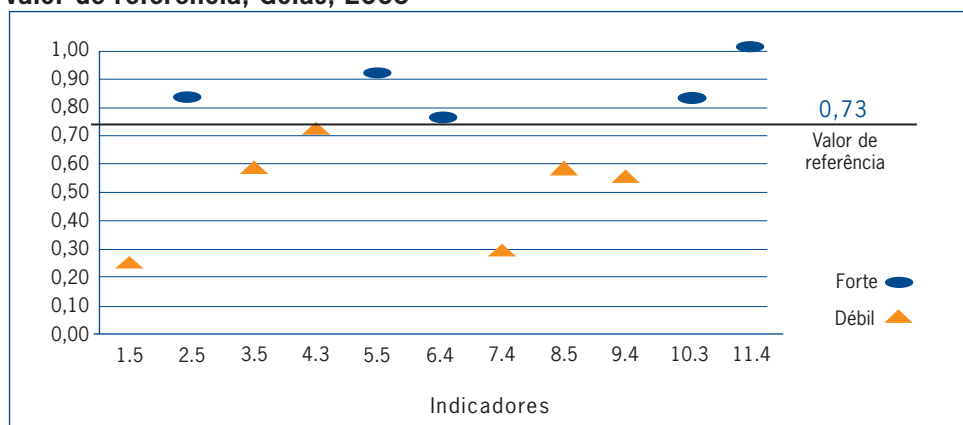
Valor da Média Estadual		0,63		
Valor de Referência		0,76		
Fesp/SUS	Indicadores	Valor do Indicador	Média Estadual	Valor de Referência
1	1.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde.	0,25	D	D
2	2.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios.	0,82	F	F
3	3.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.	0,60	D	D
4	4.3 Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde.	0,75	F	D
5	5.5 Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS.	0,94	F	F
6	6.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização.	0,78	F	F
7	7.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	0,32	D	D
8	8.5 Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos.	0,60	D	D
9	9.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.	0,54	D	D
10	10.3 Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde.	0,83	F	F
11	11.4 Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de Atenção à Saúde?	1,00	F	F

F= Forte D=Débil

Fonte: SE/CONASS - 2006



**Gráfico 18: Indicadores de cooperação com os municípios em relação ao valor de referência, Goiás, 2005**



Fonte: SES/Goiás – 2005







## Agenda de fortalecimento das Fesp/SUS Goiás<sup>6</sup>

Os resultados obtidos na oficina de auto-avaliação das Fesp/SUS na Secretaria de Saúde de Goiás (SES/GO) sinalizaram a necessidade de revisão do Planejamento Estratégico da Secretaria, de modo a permitir intervenções que revigorassem, de modo especial, aquelas funções mal pontuadas. Para elaborar uma proposta de agenda para o fortalecimento das funções essenciais no estado, foi realizada uma reunião preparatória destinada ao planejamento da Oficina de Fortalecimento. Durante a reunião, o Secretário de Saúde definiu uma equipe responsável pelas atribuições de conduzir a oficina, tais como, organizar a logística e materiais necessários, proceder aos devidos encaminhamentos junto às áreas envolvidas, selecionar os coordenadores e relatores dos grupos de trabalho e o responsável pela relatoria geral. Decidiu-se ainda que a instância para efetuar a priorização dos indicadores a serem trabalhados durante a oficina seria o colegiado de gestão.

### 2.1 Priorização e hierarquização dos indicadores

A equipe dirigente optou por trabalhar com indicadores que tivessem pontuação igual ou inferior a **0,80**, elegendo 34 indicadores, portanto um limite superior aos 20% propostos originalmente, considerando que a média do estado havia sido 0,63. Com base em critérios indicados pela metodologia para hierarquização dos indicadores, o Secretário de Estado da Saúde, reunido com o Colegiado de Gestão<sup>7</sup> da SES/GO, procedeu à hierarquização de 15 indicadores, que foram destinados aos mesmos grupos que haviam feito à avaliação.

#### Quadro 1: Indicadores hierarquizados segundo grupos de trabalho

Grupo	Indicadores Hierarquizados
G1	1.5 - Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento e avaliação da situação de saúde.
	3.1 - Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.
	3.4 - Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.
	3.5 - Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.
	7.4 - Cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

<sup>6</sup> Para elaboração deste capítulo foi utilizado o documento "Uma agenda para fortalecimento das funções essenciais de saúde pública – Fesp na Secretaria de Estado de Saúde de Goiás - SES-GO", publicada pela Secretaria em dezembro de 2005, tendo como relatora geral Lázara R. Ferreira Lima e como adjuntos Ângela M. M. Cardoso, Antonio Wilson S.Oliveira e Marilucia B. Silva.

<sup>7</sup> Instância colegiada de caráter informal, presidida pelo Secretário de Estado da Saúde, composta pelos titulares das Superintendências, Chefe de Gabinete e de Assessorias, com reuniões semanais, com a finalidade dar encaminhamento aos processos de gestão da SES.

Continuação do quadro 1:

G2	4.1 - Fortalecimento do poder do cidadão na tomada de decisões em saúde.
	6.2 - Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e as normas do SUS.
	8.2 - Qualificação, capacitação e educação permanente da força trabalho no estado.
	8.4 - Administração de recursos humanos da rede pública no estado.
	8.5 - Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de recursos humanos
G3	5.1 - Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.
	9.1 - Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.
	9.2 - Avaliação dos usuários com os serviços de saúde.
	9.4 - Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.
	11.3 - Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual.

Fonte: SES/Goiás – 2005

## 2.2 Oficina de fortalecimento das Fesp/SUS

A oficina foi realizada no período de 29 de novembro a 1º de dezembro de 2005, durante três dias consecutivos, e contou com a colaboração da equipe CONASS/Opas, enquanto facilitadores na condução do processo. Os participantes foram os mesmos da auto-avaliação, mantendo-se a mesma configuração dos grupos e das funções avaliadas. Os grupos foram reforçados por técnicos da área de planejamento e orçamento, assim como, por especialistas da Secretaria nas áreas problemas. A equipe CONASS/Opas participou com pelo menos um facilitador em cada grupo.

Para análise de cada indicador – problema e suas causas, sob o comando do coordenador, os grupos adotaram o modelo da matriz denominada “planilha de relator”, atualmente denominada “Matriz de Problemas”. A partir dos debates e da análise das colocações realizadas pelos participantes, definia-se o “problema central do indicador”, ou seja, a razão atribuída à sua debilidade. A resposta consensual dada pelo grupo era registrada e em caso de discordância, decidia-se em processo de votação e adotava-se o critério da maioria simples.

Realizada essa etapa, iniciou-se o processo de discussão para elaborar a “Matriz de Objetivos”. O problema central era transformado em objetivo e os condicionantes em ações ou atividades. A produção dos grupos, conformadas em matrizes de objetivos, foi apresentada pelos relatores, em plenária, coordenada pelo gestor estadual. Observou-se que algumas atividades registradas na Matriz de Objetivos foram contempladas como ação ou vice-versa e que muitas delas, repetiam-se nos diferentes objetivos. A necessidade da reavaliação dos itens semelhantes, com a finalidade de se evitar duplicidade, da adequação ao plano estadual de saúde e da análise de viabilidade, exigiam que as matrizes sofressem reajustes e adequações. Considerando a exigüidade do tempo destinado à realização da plenária final, o Secretário de Estado da Saúde decidiu, com o apoio da plenária, que os ajustes necessários seriam realizados no Colegiado de Gestão.

A equipe de relatoria registrou todo o debate e, encarregada de fazer os ajustes preliminares, construiu uma “Matriz Dinâmica”, seriando as ações e atividades por categoria de processo de trabalho. Novas ações e atividades foram acrescentadas e foram identificados os responsáveis, tanto pelo alcance dos objetivos quanto pela realização das atividades, nos moldes da matriz proposta. Essa matriz foi submetida à apreciação do Colegiado de Gestão que efetuou as últimas adequações.



## 2.3 Resultados

O quadro seguinte apresenta o produto da Oficina de Fortalecimento das funções essenciais em Goiás, validado pelo Colegiado de Gestão, que explicita o objetivo, as ações e as atividades a serem realizadas, os principais órgãos e setores envolvidos, bem como o prazo concedido para a obtenção de resultados. Aqui se optou por não apresentar na planilha os nomes dos responsáveis pelos objetivos e pela execução das atividades, porém os mesmos são identificados e registrados nas planilhas do estado.

A proposta elaborada pelo coletivo, assim como o conhecimento construído coletivamente, com base na experiência vivenciada na Oficina de Fortalecimento, reforça a importância do processo de aprendizagem em serviço, como base para a educação permanente e a gestão participativa.

Conclui-se ainda, pela relevância desse instrumento não apenas como subsídio ao último ano da atual gestão do SUS no estado de Goiás, mas também, para nortear os rumos da Gestão 2007/2010.

### Quadro 2: Indicador - Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde

<b>Objetivo 1:</b>		<b>Assessorar e apoiar tecnicamente os municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde</b>		
<b>Responsável - Objetivo:</b>				
<b>Ação</b>	<b>Atividade</b>	<b>Resp. Atividade</b>	<b>Órgão (aos) Envolvido(s)</b>	<b>Prazo</b>
1. Qualificação dos materiais educativos utilizados na promoção da saúde	1.1 – Adequar os materiais educativos as diversas realidades do estado		Gecom, Svisa, Gerência da Qualidade/Supex, Esap	120 dias
	1.2 – Revisar e atualizar os temas e adequar as mensagens utilizadas		Gecom, Svisa, Gerência da Qualidade/Supex, Esap	90 dias
2. Elaboração de um plano estadual de apoio para o desenvolvimento da capacidade técnica e operacional dos municípios, para implementação de ações de promoção da saúde	2.1 – Instituir um grupo de trabalho para elaboração do plano		Splan, Esap, Svisa	15 dias
	2.2 – Elaborar um plano estadual de apoio		Splan, Esap, Svisa	150 dias
	2.3 – Aprovar o plano na CIB		CIB	180 dias
	2.4 – Divulgar o plano		Gecom, Esap, Splan	240 dias
	2.5 – Implantar o plano		Splan, Svisa, Scats, Esap	365 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005

**Quadro 3: Indicador - Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde**

**Objetivo:** Cooperar tecnicamente com os municípios para avaliação tecnológica, qualidade do sistema de saúde e satisfação do usuário.

**Responsável - Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1- Criação de instrumentos e metodologias para o fortalecimento da cooperação técnica aos municípios.	1.1 - Utilizar o instrumento de avaliação tecnológica em todo o estado.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	1.2 – Elaborar instrumentos de avaliação da qualidade do sistema.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	1.3 – Definir metodologias de avaliação da qualidade do sistema.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	1.4 – Elaborar instrumentos de avaliação do grau de satisfação do usuário.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	1.5 – Definir metodologia de avaliação do grau de satisfação do usuário.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
2 – Fortalecimento do <b>Processo de Regionalização</b> com vistas apoiar tecnicamente aos municípios	2.1 – Fortalecer a estrutura das regionais de saúde para realização do processo de cooperação técnica aos municípios.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	2.2 – Capacitar recursos humanos.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias
	2.3 – Redistribuir os Recursos Humanos na SES.		Suleide, CTA, Splan, Esap, SAF	365 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



**Quadro 4: Indicador - Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual**

<b>Ação</b>	<b>Atividade</b>	<b>Resp. Atividade</b>	<b>Órgão (aos) Envolvido(s)</b>	<b>Prazo</b>
<b>Objetivo 2:</b>  <b>Responsável - Objetivo:</b>  1. Inclusão do CES no monitoramento e avaliação dos indicadores do plano Estadual de Saúde.	1.1 – Realizar Oficina de sensibilização para os conselheiros sobre a importância de sua participação no processo de formulação de política.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	1.2 – Capacitar os conselheiros no processo de formulação, monitoramento e avaliação de políticas de saúde.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	1.3 – Incluir o CES na câmara técnica de avaliação.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	1.4 – Incluir o CES nos grupos técnicos de formulação de políticas.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	1.5 – Propor a criação de câmaras técnicas no CES.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
2. Ampliação da participação do Cosems no processo.	2.1 – Realizar evento para discussão de políticas públicas de saúde (SES, COSEMS, etc.).		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	2.2 – Propor ao Cosems a criação de câmaras técnicas.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
3. Desenvolvimento de mecanismos eficazes de comunicação entre a SES e os diversos atores envolvidos no processo de formulação de políticas.	3.1 – Definir os atores envolvidos em cada processo.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	3.2 – Criar um banco de informações (portifólio) dos referidos atores.		Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)

Continuação do quadro 4:

4. Incremento da participação dos municípios nos processos de monitoramento e avaliação dos indicadores do Plano Estadual de Saúde.	4.1 – Realizar um fórum sobre monitoramento e avaliação de indicadores de saúde com secretários municipais com o Cosems.	Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	4.2 – Instalar um fórum permanente de discussão sobre os processos de monitoramento e avaliação (CIB Regional).	Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
5. Ampliação da participação na avaliação da viabilidade das políticas de saúde.	5.1 – Incluir os setores privados, conveniados e não conveniados no processo de avaliação de viabilidade das políticas de saúde.	Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)
	5.2 – Incluir os usuários no processo de avaliação de viabilidade das políticas de saúde.	Esap, Scats, CES, CTA, Splan, CTI	(vazio)

Fonte: SES/Goiás – 2005



#### Quadro 5: Indicador - Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde

**Objetivo 3:** Definir padrões, de forma participativa, para implementar o processo de avaliação e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.

**Responsável - Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1- Ampliação da participação na definição de padrões de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.	1.1 – Envolver as instituições de ensino e pesquisa na definição de padrões de avaliação de qualidade do serviço de atenção à saúde.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	365 dias
	1.2 – Promover a participação dos municípios na definição de padrões de avaliação de qualidade do serviço de atenção à saúde.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	365 dias
2- Implementação da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.	2.1 – Avaliar sistematicamente a atitude dos profissionais da saúde com vistas à satisfação do usuário.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	365 dias
	2.2 – Instituir um programa formal de certificação e avaliação de qualidade dos serviços de atenção à saúde.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	365 dias
	2.3 – Divulgar os resultados da avaliação de qualidade aos provedores e aos usuários de serviços de atenção à saúde.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	365 dias

Fonte: SES/Goias – 2005



**Quadro 6: Indicador - Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual**

**Objetivo 4:** Desenvolver um processo integrado e participativo de programação e pactuação das ações e serviços de saúde com mecanismos adequados de encaminhamentos e divulgação de produtos e relatórios.

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1- Desenvolvimento de processo integrado de programação pactuação na SES.	1.1 – Estabelecer mecanismos de planejamento integrado que permitam trabalhar com fontes de financiamento fragmentadas.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	1.2 – Qualificar as equipes em métodos e técnicas de planejamento integrado.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	1.3 – Definir a estrutura da SES responsável por integrar as programações pactuadas.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	1.4 – Desenvolver sistemas de programação que permitam a integração.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	1.5 – Valorizar os diagnósticos epidemiológicos no estabelecimento das programações.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
2- Criação de mecanismo que aumente a participação no processo de programação e pactuação.	2.1 – Utilizar metodologias diferenciadas que desenvolvam os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias aos gestores municipais para o entendimento do processo de programação.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	2.2 – Desenvolver estratégias que responsabilizem os gestores a envolver as áreas técnicas no processo de programação e pactuação.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	2.3 – Fortalecer os conselhos de saúde (estaduais e municipais).		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
3- Ampliação da divulgação de todas as etapas do processo da programação e pactuação para os atores interessados.	3.1 – Criar mecanismos adequados de encaminhamentos e divulgação de produtos e relatórios.		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias
	3.2 – Criar mecanismos que possibilitem a socialização das informações para equipe técnica da SES e demais atores interessados no processo (Sociedade Organizada, Conselhos, profissionais de saúde, etc.).		Spais, Scats, Supex, Esap, Svisa	90 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



**Quadro 7: Indicador - Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis**

**Objetivo 5:** Desenvolver políticas e elaborar normas de intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1. Formulação da política estadual de promoção da saúde.	1.1 – Instituir, através de decreto estadual, um grupo de trabalho interinstitucional para elaborar a política de promoção da saúde.		Assessoria Técnica e Jurídica GAB/ SES	60 dias
	1.2 – Elaborar a política estadual de promoção da saúde.		Scats, Splan, Supex, Spais, Svisa, Suleide, Outras Secretarias de Governo do Estado e Universidades.	90 dias
	1.3 – Aprovar no CES.		CES	120 dias
	1.4 – Divulgar a política de promoção da saúde.		Gecom, Esap, Splan.	180 dias
2. Elaboração do plano operacional de promoção da saúde.	2.1 – Elaborar o plano operacional.		Splan, Svisa, Esap, Scats.	120 dias
	2.2 – Apresentar ao colegiado de gestão.		GAB/SES	120 dias
	2.3 – Pactuar na CIB e submeter ao CES.		CIB/CES	150 dias
	2.4 – Divulgar o plano.		Gecom, Esap, Splan.	180 dias
	2.5 – Promover acordos e pactos de responsabilidades formais para a promoção da saúde.		SMS, COSEMS, Federação Santas Casas, Associações, hospitais, CMS, Entidades de classe.	180 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005

## Quadro 8: Indicador - Avaliação dos usuários com os serviços de saúde

**Objetivo 6:** Disponibilizar oportunidades de forma sistemática e efetiva para que a população possa avaliar os serviços de saúde

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1- Criação de mecanismo que oportunize a população avaliar os serviços de saúde.	1.1 – Criar canais formais que registrem e analisem as reclamações/queixas/sugestões dos usuários do sistema.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias
	1.2 – Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e deveres.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias
	1.3 – Fortalecer o controle social.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias
2 – Definição de uma política de avaliação na SES de forma democrática e participativa que oportunize a população avaliar a qualidade dos serviços de saúde.	2.1 – Qualificar os recursos humanos em avaliação.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias
	2.2 – Prover recursos financeiros para o processo de avaliação.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias
	2.3 – Fortalecer a cultura de avaliação na SES.		CTA (Aspe, todas as superintendências)	180 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



### Quadro 9: Indicador - Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento e avaliação da situação de saúde

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1. Construção e apoio aos municípios na implantação de um modelo de monitoramento e avaliação da situação de saúde.	1.1 – Instituir um grupo de trabalho com participação de todas as áreas da SES envolvidas no monitoramento e avaliação da situação de saúde dos municípios.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	15 dias
	1.2 – Proceder a levantamento das diversas iniciativas relacionadas aos sistemas de informação, análise e divulgação da situação de saúde dos municípios.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	45 dias
	1.3 – Elaborar proposta para a reorganização e integração dos sistemas de informação nos seus diversos níveis.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	90 dias
	1.4 – Estabelecer modelos de análise e avaliação da situação de saúde.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	120 dias
	1.5 – Implantar salas de situação no âmbito das regionais de saúde.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	180 dias
2. Elaboração e implementação de um plano de capacitação em monitoramento e avaliação de situação da saúde para técnicos da SES (nível central, regional e municipal).	2.1 – Elaborar plano de capacitação.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	60 dias
	2.2 – Identificar o quantitativo de técnicos a serem capacitados nos diversos níveis e áreas do sistema.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	90 dias
	2.3 – Desenvolver as capacitações propostas.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	180 dias
3. Implantação e divulgação dos instrumentos de disseminação das análises das informações.	3.1 – Divulgar os instrumentos já existentes.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen, Gecom	90 dias
	3.2 – Implantar os novos instrumentos.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen, Gecom	180 dias
4. Assessoramento aos municípios na análise e divulgação da situação da saúde.	4.1 – Assessorar os municípios na análise da situação da saúde.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	180 dias
	4.2 – Assessorar os municípios na divulgação da situação da saúde.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	180 dias
	4.3 – Implementar o colegiado de gestão das regionais de saúde.		Scats, Splan, Supex/CIT, Spais, Svisa, Lacen	90 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005

**Quadro 10: Indicador - Cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde**

<b>Objetivo 8: Fortalecer a cooperação e apoio técnico aos municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde</b>				
<b>Responsável - Objetivo:</b>				
<b>Ação</b>	<b>Atividade</b>	<b>Resp. Atividade</b>	<b>Órgão (aos) Envolvido(s)</b>	<b>Prazo</b>
1. Apoio aos municípios na disseminação de informação sobre a disponibilidade de serviços de saúde ofertados.	1.1 – Elaborar um guia contendo informações sobre a disponibilidade de serviços próprios e referenciados, por município, em meio magnético, fotolitos e digital.		Splan, Scats, CIT/Supex	180 dias
	1.2 – Realizar seminários regionais envolvendo gestores municipais de saúde, diretores de regionais, coordenadores de rede municipal de saúde e um representante de cada conselho municipal de saúde.		Splan, Scats, CIT/Supex, Gecom	365 dias
	1.3 – Recuperar e atualizar o projeto de Call Center do Datasus/SES.		Splan, Scats, Gecom	90 dias
	1.4 – Produzir uma mensagem padrão para os municípios utilizarem em veiculação radiofônica.		Splan, Scats, CIT/Supex	180 dias
2. Apoio aos municípios para melhorar o acesso aos serviços de saúde.	2.1 – Identificar a demanda reprimida e barreiras de acesso por município por meio de uma pesquisa (área acadêmica com a participação dos agentes comunitários).		Splan, Spais	240 dias
	2.2 - Assessorar os municípios para a ampliação da oferta de serviços factíveis (Ex. CAPS, Postos de coletas de laboratórios).		Scats, Spais	365 dias
	2.3 – Ampliar os temas relativos a programação da oferta de serviços e planejamento territorial no curso de capacitação das equipes de saúde da família e atenção primária.		Splan, Scats, Spais	180 dias
	2.4 – Promover oficinas regionais para divulgação dos resultados da pesquisa de demanda reprimida e barreiras de acesso, discutindo formas de superação.		Esap, Scats	365 dias
	2.5 – Adquirir e disponibilizar para os municípios a base de dados do IBGE referente a última pesquisa sobre acesso aos serviços de saúde.		Splan	180 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



### Quadro 11: Indicador - Administração de recursos humanos da rede pública no estado

**Objetivo 9:** Fortalecer a administração de recursos humanos do SUS

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão (aos) Envolvido(s)	Prazo
1. Fortalecimento da política de gestão com pessoas.	1.1 – Elaborar e implantar programas de apoio e cooperação com a gestão municipal para a capacitação das equipes que trabalham na administração de pessoal.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
	1.2 – Criar um curso de especialização para as equipes e gerencias que trabalham na administração de pessoal da própria SES.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
	1.3 – Adquirir ou desenvolver um software de gestão integrada de recursos humanos.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
	1.4 – Realizar pesquisas para conhecer a força de trabalho do SUS no estado de Goiás.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
	1.5 – Publicar o decreto que regulamenta a política de avaliação de desempenho na SES.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
	1.6 – Realizar avaliação de desempenho e divulgar seus resultados.		SAF, Escola de Saúde Pública e Supex.	180 dias
2. Implementação do PCV.	2.1 – Atividades apresentadas no indicador 8.2.		(vazio)	(vazio)

Fonte: SES/Goiás – 2005

**Quadro 12: Indicador - Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos**

<b>Objetivo 10:</b>	<b>Fortalecer a cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de RH</b>			
<b>Responsável - Objetivo:</b>				
<b>Ação</b>	<b>Atividade</b>	<b>Resp. Atividade</b>	<b>Órgão Envolvido</b>	<b>Prazo</b>
1. Apoio aos municípios para desenvolvimento de RH.	1.1 – Criar um programa permanente de capacitação de RH na SES para apoiar os municípios na solução da precarização da força de trabalho na gestão municipal, com ênfase em PCV, Concursos e Administração de RH.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias
	1.2 – Apoiar os municípios na construção de um instrumento de avaliação para medir sua força de trabalho.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias
	1.3 – Criar um núcleo de RH para apoio aos municípios na Administração de Pessoas.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias
	1.4 – Realizar oficinas de sensibilização dos prefeitos municipais para a escolha adequada dos gestores e gerentes da saúde municipal com base no perfil concebido para o cargo.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias
	1.5 – Elaborar manual de orientação técnica entre SES e os municípios.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias
	1.6 – Criar um programa permanente de capacitação para gestores de sistemas municipais da saúde e gerentes de unidades.		SAF e Escola de Saúde Pública	365 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



### Quadro 13: Indicador - Fortalecimento do poder do cidadão na tomada de decisões em saúde

**Objetivo:** Fortalecer o poder do cidadão no processo de tomada de decisões em saúde

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão Envolvido	Prazo
1. Fortalecimento, integração e desburocratização dos mecanismos existentes de participação dos usuários no processo de tomada de decisão.	1.1 – Construir ferramentas para facilitar o acesso do cidadão à informação relativa aos seus direitos e ao funcionamento do SUS.		Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.10 – Construir uma agenda de trabalho comum com o Ministério Público e demais órgãos de defesa do cidadão para encaminhar soluções referentes a: concurso público, medicamentos de alto custo, vínculos trabalhistas e execução de convênios.		Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.2 – Elaborar Manual do Usuário do SUS.		Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.3 – Implantar o Serviço de Proteção ao Usuário do SUS.		Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.4 – Disponibilizar, em tempo hábil, a prestação de contas ao Conselho Estadual de Saúde, Assembléia Legislativa e aos meios de comunicação.		Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias



Continuação do quadro 13:

	1.5 – Intensificar a divulgação do disque saúde – MS.	Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.6 – Fortalecer as ações do Humaniza/SUS com vistas a melhorar o relacionamento entre as unidades de saúde e seus pacientes.	Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.7 – Criar um programa permanente de capacitação dos conselheiros municipais e estaduais de saúde com vistas a garantir na prática o direito à saúde.	Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.8 – Fortalecer o Conselho Estadual de Saúde (investimento em qualificação dos conselheiros, infra-estrutura, RH e financeiro).	Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
	1.9 – Fortalecer o conselho para controlar e fiscalizar regularmente as prestações de contas da SES e formular, acompanhar, e avaliar a política e o Plano Estadual de Saúde.	Escola de Saúde Pública, Spais, Svisa, Scats, Supex, SAF Assessoria de Projetos Estratégicos, Gecom	180 dias
2. Sistematização do relacionamento entre a gestão estadual do SUS e os órgãos de defesa do cidadão.	2.1 – Promover fóruns de debates sobre o SUS em parceria com os representantes do Ministério Público, Procon, Defensoria Pública e PGE.	SAF, Supex, Escola de Saúde Pública, Superintendências, Assessoria Técnica e Jurídica	180 dias



**Quadro 14: Indicador - Qualificação, capacitação e educação permanente da força trabalho no estado**

**Objetivo 11:** Implementar a qualificação, capacitação e educação permanente da força trabalho no estado

**Responsável - Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão Envolvido	Prazo
1. Implementação do PCV.	1.1 – Desenvolver ferramentas de gestão: Sistema de informação, avaliação, comunicação e fluxo de processo.		SAF, Escola de Saúde Pública, Seplan, Gabinete Civil, Aganp, Secretaria da Fazenda	30 dias
	1.2 – Alocar recursos financeiros suficientes para viabilização do PCV.		SAF, Escola de Saúde Pública, Seplan, Gabinete Civil, Aganp, Secretaria da Fazenda	30 dias
	1.3 – Divulgar o PCV através de seminários e oficinas.		SAF, Escola de Saúde Pública, Seplan, Gabinete Civil, Aganp, Secretaria da Fazenda	30 dias
	1.4 – Concluir a regulamentação do PCV e publicar o decreto em 30 dias.		SAF, Escola de Saúde Pública, Seplan, Gabinete Civil, AANP, Secretaria da Fazenda	30 dias
	1.5 – Elaborar propostas criando incentivo profissional para a fixação dos profissionais.		SAF, Escola de Saúde Pública, Seplan, Gabinete Civil, Aganp, Secretaria da Fazenda	30 dias

Fonte: SES/Goias – 2005

Continuação do quadro 14:

2. Formulação de políticas de recursos humanos e elaboração de plano para qualificação capacitação e educação permanente da Força Trabalho no Estado.	2.1 – Promover lotação adequada de pessoal especializado de acordo com a necessidade da instituição.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.2 – Concluir a formulação da Política Estadual de formação e educação permanente.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.3 – Desenvolver sistema de informação gerencial em gestão de educação.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.4 – Elaborar portaria para regulamentar a câmara técnica de formação e educação permanente da SES.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.5 – Estreitar as relações da Escola de Saúde Pública com o Ministério Saúde.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.6 – Elaborar portaria para institucionalizar o processo de avaliação dos programas de capacitação.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.7 – Criar programa para fortalecer o processo de identificação e capacitação de gerentes, gestores e lideranças dentro da instituição.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias
	2.8 – Elaborar agenda de cooperação da SES com as instituições formadoras, para implementação de diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde.	SES, Sefaz, SE Educação, Aganp, Instituições Formadoras, Gabinete Civil	30 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



**Quadro 15: Indicador - Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde**

<b>Ação</b>	<b>Atividade</b>	<b>Resp. Atividade</b>	<b>Órgão Envolvido</b>	<b>Prazo</b>
1. Criação de mecanismos para financiamento de projetos de promoção de saúde nos municípios.	1.1 – Definir critérios para seleção de projetos municipais.		Spais, Scats, Svisa.	90 dias
	1.2 – Apoiar os municípios na elaboração de projetos de reorganização de serviços com ênfase em promoção de saúde.		Spais, Scats, Svisa.	180 dias
	1.3 – Identificar fontes de financiamento para os projetos.		SAF, Splan	180 dias
	1.4 – Alocar recursos financeiros aos projetos selecionados.		SAF, Splan	240 dias
	1.5 – Apoiar os municípios na implementação de projetos de reorganização de serviços com ênfase em promoção de saúde.		Spais, Scats, Svisa	365 dias
	1.6 – Avaliar os resultados destes mecanismos na reorientação do sistema de saúde com ênfase na promoção da saúde.			
2. Estabelecimento de mecanismo de financiamento para fomento da promoção da saúde nos serviços privados de saúde e avaliação dos resultados.	o prazo estabelecido inviabiliza a proposição desta atividade.			
3. Estabelecimento de critérios em relação a conhecimentos e habilidades em promoção da saúde na seleção pública de profissionais de saúde.	3.1 – Constituir grupo de discussão para elaboração dos critérios.		Splan, Svisa, Esap, Scats, Grrh/SAF	180 dias
	3.2 – Aprovar os critérios junto à escola de governo – Aganp.		Esap	240 dias
	3.3 – Pactuar e aprovar os critérios na CIB.		CIB	270 dias
	3.4 – Divulgar os critérios.		Gecom, Splan, Esap, Grrh/SAF	365 dias

Continuação do quadro 15:

4. Desenvolvimento de um instrumento de certificação/acreditação de estabelecimentos de saúde que desenvolvem ações de promoção da saúde.	4.1 – Instituir grupo de trabalho para elaboração de instrumento.	Supex/Gerência de Qualidade, Spais, Svisa	15 dias
	4.2 – Elaborar instrumento com definição de critérios.	Supex/Gerência de Qualidade, Spais, Svisa	180 dias
	4.3 – Pactuar na CIB e submeter ao CES.	CIB/CES	210 dias
	4.4 – Divulgar instrumento.	Gecom, Esap	365 dias
5. Estímulo às ações e medidas de promoção da saúde em parceria com operadoras de planos privados de saúde	5.1 – Elaborar plano de ação em parceria com as operadoras.	Scats, Svisa, Splan, ANS	150 dias
	5.2 – Realizar pacto.	ANS	240 dias
	5.3 Acompanhar e avaliar conjuntamente, as ações pactuadas.	CTA	365 dias
6. Elaboração e implementação de protocolos clínicos, que respaldem as práticas efetivas de promoção da saúde.	6.1 – Elaborar de protocolos.	Scats, Svisa, Esap, Universidades	180 dias
	6.2 – Adequar os protocolos do Ministério da Saúde.	Scats, Svisa, Esap, Universidades	180 dias
	6.3 – Pactuar na CIB e submeter ao CES.	CIB	210 dias
	6.4 - Divulgação dos protocolos.	Spais, Esap	270 dias
	6.5 – Capacitar para implantação dos protocolos.	Esap	365 dias
7. Estabelecimento de incentivos para as equipes de Atenção Primária para o desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde.	7.1 – Criar prêmios para as equipes da atenção primária, que desenvolvem ações bem sucedidas na área de promoção da saúde.	Svisa, Scats, Gecom, GAB/SES	180 dias
	7.2 – Publicar as experiências bem sucedidas em periódicos da SES.	Gecom, Spais, UFG	365 dias
8. Estímulo aos Centros de Formação a incluir conteúdos programáticos sobre promoção da saúde e a fomentação de atitudes positivas de promoção para os estudantes da área de saúde.	8.1 – Articular com os centros de formação para inclusão no programa curricular dos estagiários, conteúdos de promoção da saúde.	Spais, Svisa, Universidades	180 dias
	8.2 – Realizar seminários sobre promoção da saúde para os estagiários da SES.	Spais, Svisa, Universidades	365 dias

Fonte: SES/Goiás – 2005



**Quadro 16: Indicador - Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e as normas do SUS**

**Objetivo 14:** Ampliar a capacidade técnica e institucional da SES para fazer cumprir as leis e as normas do SUS

**Responsável -  
Objetivo:**

Ação	Atividade	Resp. Atividade	Órgão Envolvido	Prazo
1. Fortalecimento dos mecanismos existentes para estimular o cumprimento das Legislações.	1.1 – Redefinir as co-responsabilidades relativas a coordenação das ações de auditoria e fiscalização entre as Superintendências e Regionais.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.2 – Promover seminário de sensibilização para gestores municipais e prestadores de serviços no processo de cumprimento das Legislações.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.3 – Criar um programa de incentivo a interiorização e qualificação permanente em nível regional.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.4 – Adequar o quadro de supervisores regionais observando o perfil estabelecido pela SES de acordo com a Portaria.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.5 – Criar padrão de conformidade técnico e jurídico para contratação de serviços para SES.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	
	1.6 – Revisar periodicamente os contratos firmados em conformidades com os padrões técnico e jurídico.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.7 – Ampliar os canais de divulgação das normas e Legislações do SUS.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.8 – Criar ferramentas para avaliação sistemática das medidas tomadas para prevenção e combate à corrupção.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias
	1.9 – Ampliar processo de divulgação e conscientização dos funcionários da SES em todos os níveis sobre as penalidades e sanções relativas às práticas ilegais no serviço público de saúde.		Escola de Saúde Pública, Assessoria Técnica e Jurídica e Superintendências (Scats, Supex e Svisa)	90 dias





# PARTE III







## Instrumento para auto-avaliação das Fesp/SUS nos estados brasileiros

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

### Fesp/SUS n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado

#### Definição

Esta função inclui:

- A avaliação atualizada da situação, de tendências e determinantes de saúde do estado, com ênfase na identificação de desigualdades nos riscos, nos danos e no acesso aos serviços de saúde.
- A identificação das necessidades de saúde da população, incluindo a avaliação dos riscos de saúde e a demanda por serviços de saúde.
- O manejo de estatística vital e da situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco;
- A geração de informação qualificada para a avaliação do desempenho dos sistemas e dos serviços de saúde.
- A identificação e a articulação de atores setoriais e extra-setoriais que forneçam subsídios para o monitoramento.
- O desenvolvimento de tecnologia, experiência e métodos para manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis da saúde no estado (incluindo atores setoriais e extra-setoriais, prestadores de serviços e cidadãos).
- A definição e o desenvolvimento de instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados.

#### Indicador

##### 1.1 Instrumentos e processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde

###### Padrão

A Gestão Estadual do SUS dispõe de:

- Instrumentos para medir e avaliar a situação de saúde da população.
- Sistema estadual integrado de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde, especialmente voltado à identificação de desigualdades.
- Protocolos específicos para manter o sigilo dos dados pessoais.
- Perfis da situação de saúde que influenciam a alocação de recursos e a priorização dos problemas de saúde da população utilizando critérios de equidade.
- Parâmetros da situação de saúde definidos com base em tendências, correlações com fatores de risco, análise com base no gênero e em outras variáveis relevantes.

### **1.1.1 A Gestão Estadual do SUS utiliza instrumentos e metodologias para medir e avaliar a situação de saúde da população?**

Os instrumentos e a metodologia para medir e avaliar a situação de saúde:

- 1.1.1.1 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito estadual?
- 1.1.1.2 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito regional?
- 1.1.1.3 São utilizados para medir e avaliar a situação de saúde no âmbito municipal?
- 1.1.1.4 Foram desenvolvidos pela própria Gestão Estadual?
- 1.1.1.5 Incluem a definição das atribuições da esfera estadual e da municipal na coleta de informação?
- 1.1.1.6 Facilitam aos Conselhos de Saúde e à população em geral o acesso à informação mantendo a privacidade das pessoas?
- 1.1.1.7 Incluem processos de melhoria contínua dos sistemas de informação?  
Em caso afirmativo, os processos incluem:
  - 1.1.1.7.1 Normas uniformes em todos os níveis do sistema de informação?
  - 1.1.1.7.2 Procedimento compatível com as necessidades das instâncias estadual e nacional das qual o sistema faz parte e às quais deve prestar informação?
  - 1.1.1.7.3 Revisão periódica das normas e dos procedimentos para avaliar sua pertinência, segundo os avanços tecnológicos e as mudanças da política de saúde?
- 1.1.1.8 Descrevem os procedimentos para disseminar informação aos meios de comunicação e ao público em geral?
- 1.1.1.9 Protegem o sigilo da informação mediante o uso de protocolos definidos para ter acesso aos dados?
- 1.1.1.10 Descrevem os procedimentos a serem seguidos para organizar a informação em um perfil da situação de saúde?

### **1.1.2 A Gestão Estadual do SUS dispõe de um perfil da situação de saúde do estado e atualiza anualmente os dados coletados?**

Esse perfil inclui:

- 1.1.2.1 Variáveis sociodemográficas?
- 1.1.2.2 Mortalidade?
- 1.1.2.3 Morbidade?
- 1.1.2.4 Fatores de risco?
- 1.1.2.5 Informação sobre hábitos de vida?
- 1.1.2.6 Riscos ambientais?
- 1.1.2.7 Acesso e utilização a serviços assistenciais de saúde?
- 1.1.2.8 Acesso e utilização a serviços coletivos de saúde?
- 1.1.2.9 Oferta de serviços e ações de saúde coletivos e assistenciais?
- 1.1.2.10 Barreiras no acesso à atenção de saúde?

### **1.1.3 A Gestão Estadual do SUS utiliza o perfil da situação de saúde?**

O perfil da situação de saúde do estado é utilizado para:

- 1.1.3.1 Avaliar as necessidades de saúde da população?
- 1.1.3.2 Avaliar iniquidades nas condições de saúde?
- 1.1.3.3 Monitorar tendências na situação de saúde?

- 1.1.3.4 Monitorar mudanças na prevalência de fatores de risco?
- 1.1.3.5 Monitorar mudanças no uso dos serviços de saúde?
- 1.1.3.6 Determinar a suficiência e a relevância dos dados informados?
- 1.1.3.7 Definir as prioridades para o financiamento com base nas necessidades da população e na superação de iniquidades?
- 1.1.3.8 Definir objetivos e metas estaduais de saúde, até mesmo aquelas relativas à oferta e ao acesso aos serviços de saúde?
- 1.1.3.9 Avaliar o cumprimento de objetivos e metas estaduais de saúde?
- 1.1.3.10 Melhorar a eficiência e a qualidade do sistema de saúde?
- 1.1.3.11 Poderia mencionar um exemplo de onde se utilizou esse perfil?

#### **1.1.4 A Gestão Estadual do SUS divulga as informações sobre a situação de saúde da população?**

A Gestão Estadual do SUS:

- 1.1.4.1 Produz um informe anual?
- 1.1.4.2 Utiliza os meios de comunicação social para divulgar esse informe?
- 1.1.4.3 Apresenta-o no Conselho Estadual de Saúde (CES), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Assembleia Legislativa?
- 1.1.4.4 Utiliza sistematicamente as informações do perfil da situação de saúde para explicar e conscientizar os atores-chave sobre suas implicações?
- 1.1.4.5 Compara os resultados de saúde, em um período de tempo, com padrões e metas especificados no perfil?
- 1.1.4.6 Garante aos membros do CES um conjunto abrangente de informações para subsidiá-los na formulação da política estadual de saúde?
- 1.1.4.7 Solicita rotineiramente e incorpora sugestões para melhorar o conteúdo, a apresentação e a distribuição das informações sobre a situação de saúde?
- 1.1.4.8 Avalia o uso da informação por parte dos destinatários?

#### **Indicador**

### **1.2 Avaliação da qualidade da informação em saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Dispõe de instâncias de avaliação objetiva da qualidade da informação produzida nos distintos níveis do sistema de saúde.
- Dispõe de protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados de modo que os instrumentos usados sejam comparáveis em todo o estado, permitindo ainda as comparações nacionais e internacionais aceitas pelo país.
- Atualiza permanentemente esses instrumentos, protocolos e normas de acordo com o avanço tecnológico e de conhecimentos e segundo as necessidades de informações locais.
- Articula-se com outras instituições estaduais que produzem dados relevantes para o monitoramento da situação de saúde com a finalidade de garantir a qualidade destes.



### **1.2.1 A Gestão Estadual do SUS avalia a qualidade da informação produzida no sistema de saúde como um todo?**

A Gestão Estadual do SUS:

- 1.2.1.1 Utiliza protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados?
- 1.2.1.2 Realiza auditorias periódicas da qualidade no sistema de informação que subsidiam a análise da situação de saúde do estado?
- 1.2.1.3 Propõe modificações nos sistemas de informações nos pontos reconhecidos como fracos ou suscetíveis de aperfeiçoamento?
- 1.2.1.4 Atualiza permanentemente protocolos e normas para produção, análise e interpretação dos dados?

### **1.2.2 Existe uma instância formal na Gestão Estadual para avaliação da qualidade da informação?**

Essa instância:

- 1.2.2.1 Promove reuniões com todos os setores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), no mínimo uma vez por ano, para avaliar a qualidade da informação produzida nos distintos níveis do sistema?
- 1.2.2.2 Considera sugestões e críticas identificadas para melhorar os sistemas de informação da Gestão Estadual do SUS?
- 1.2.2.3 Propõe mudanças nos protocolos e nas normas para a produção, a análise e a interpretação dos dados?
- 1.2.2.4 Articula-se com outras instituições estaduais que produzem dados relevantes para o monitoramento da situação de saúde?

Em caso afirmativo:

- 1.2.2.4.1 Poderia dar um exemplo de uma ação conjunta com alguma dessas instituições no último ano?

## **Indicador**

### **1.3 Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde.**

#### **Padrão**

A Secretaria Estadual de Saúde:

- Dispõe de pessoal especializado em coleta, avaliação, gestão, tradução, interpretação, difusão e comunicação dos dados sobre a situação de saúde.
- Desenvolve capacitação do pessoal técnico para o monitoramento, a análise e a avaliação em função das características do perfil de saúde.
- Tem acesso a especialistas e recursos necessários para transformar os dados em informação, visando ao planejamento, à gestão e à tomada de decisão pelos gestores, pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.
- Dispõe no quadro de pessoal da Secretaria de um ou mais profissionais com treinamento em Epidemiologia em nível de mestrado.

#### **1.3.1 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de recursos humanos com capacitação e experiência em Epidemiologia e Estatística?**

Esses profissionais possuem treinamento e experiência nas seguintes áreas:



- 1.3.1.1 Epidemiologia em nível de mestrado?
- 1.3.1.2 Elaboração de planos de amostragem para a coleta de dados quantitativos e qualitativos?
- 1.3.1.3 Consolidação de dados oriundos de fontes diversas?
- 1.3.1.4 Análise integrada de dados?
- 1.3.1.5 Interpretação dos resultados e formulação de conclusões cientificamente válidas a partir dos dados analisados?
- 1.3.1.6 Tradução dos dados em informação clara e útil por meio da interação com especialistas em comunicação social, para produzir documentos compreensíveis para diferentes finalidades?
- 1.3.1.7 Elaboração e manutenção de registros de informação sobre agravos ou enfermidades (por exemplo: hanseníase, tuberculose e registro de câncer)?
- 1.3.1.8 Comunicação de informação em saúde aos diferentes setores da Secretaria Estadual de Saúde, aos representantes do CES, da CIB e às demais organizações da sociedade e da comunidade?
- 1.3.1.9 Investigação e análises quantitativas e qualitativas?

### **1.3.2 A Secretaria Estadual de Saúde realizou, nos últimos dois anos, capacitação dos profissionais dos municípios que atuam na área de Epidemiologia e Estatística?**

Os conteúdos das capacitações referidas na pergunta-mãe envolvem:

- 1.3.2.1 A elaboração de planos de amostragem para a coleta de dados?
- 1.3.2.2 A consolidação de dados oriundos de fontes diversas?
- 1.3.2.3 A análise de dados?
- 1.3.2.4 A interpretação dos resultados e a formulação de conclusões cientificamente válidas a partir dos dados analisados?
- 1.3.2.5 A tradução dos dados em informação clara e útil?
- 1.3.2.6 A elaboração e a manutenção de registros de informação sobre enfermidades ou problemas específicos (por exemplo: registro de câncer)?
- 1.3.2.7 A comunicação de informação de saúde à população?
- 1.3.2.8 A comunicação de informação aos atores-chave no Município?
- 1.3.2.9 O financiamento da realização de cursos de pós-graduação *lato sensu* na área de epidemiologia?

### **Indicador**

## **1.4 Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde**

### **Padrão**

A Secretaria Estadual de Saúde:

- Dispõe de recursos de informática para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde em todos os níveis do sistema de saúde.
- É capaz de compartilhar os dados de diversas procedências e convertê-los em formatos padronizados.
- Utiliza uma rede informatizada de comunicação de alta velocidade para vincular-se com outras organizações e profissionais em âmbito estadual e nacional.
- Garante o treinamento e a educação permanente do pessoal que maneja e tem acesso a esses sistemas

de dados e registros em banco de dados informatizado para fazer bom uso desses recursos em todos os níveis do sistema de saúde.

#### **1.4.1 A Secretaria Estadual de Saúde utiliza recursos de informática para monitorar a situação de saúde da população do estado?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

- 1.4.1.1 Utiliza recursos de informática para monitorar a situação de saúde da população no âmbito estadual?
- 1.4.1.2 Utiliza recursos de informática para monitorar a situação de saúde da população no âmbito das regiões de saúde?
- 1.4.1.3 Utiliza recursos de informática para monitorar os sistemas municipais de informação em saúde?
- 1.4.1.4 Dispõe de um ou mais computadores com processadores de alta velocidade exclusivos para esta função?
- 1.4.1.5 Dispõe de *softwares* de uso freqüente (processadores de texto, planilhas de cálculo, aplicativos de desenho gráfico e de apresentações)?
- 1.4.1.6 É capaz de transformar dados de procedências diversas em formatos padrões?
- 1.4.1.7 Dispõe de acesso dedicado e de alta velocidade à internet?
- 1.4.1.8 Dispõe de comunicação eletrônica com os Municípios que geram e utilizam informação?
- 1.4.1.9 Possui capacidade de armazenamento para manter as bases de dados do perfil da situação de saúde do estado?
- 1.4.1.10 Dispõe de capacidade para processar as bases de dados do perfil de saúde?
- 1.4.1.11 Dispõe de acesso rápido à manutenção especializada do sistema informatizado?
- 1.4.1.12 Avalia uma vez por ano a necessidade de atualização dos recursos de informática?
- 1.4.1.13 Poderia dar um exemplo de onde se utilizaram recursos de informática para monitorar a situação de saúde?

#### **Indicador**

### **1.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Cooperar com os municípios para garantir a coleta oportuna, a análise e a difusão de informação que apoiem o desenvolvimento e a avaliação de políticas de saúde.
- Oferece meios, capacitação e treinamento na coleta, na interpretação e na utilização dos dados para os profissionais dos municípios.
- Apóia a elaboração, a publicação e a divulgação de diagnósticos da situação de saúde dos municípios e a disponibilização dessas informações para a comunidade em geral, o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores, o Ministério Público, outros órgãos do governo municipal e demais entidades da jurisdição.

#### **1.5.1 Durante o último ano, a Gestão Estadual do SUS assessorou a pelo menos 70% dos municípios na coleta e na análise de dados?**

A Gestão Estadual do SUS:

1.5.1.1 Assessorou na elaboração e na utilização de instrumentos para a coleta de informação de saúde?

1.5.1.2 Comunicou a todos os municípios sua disponibilidade em assessorá-los na coleta de informação e na análise dos dados coletados?

1.5.1.3 Promoveu capacitação dos profissionais dos municípios em análise e utilização das informações do SIM, SNASC e SIAB?

1.5.1.4 Promoveu a capacitação dos municípios para elaboração do seu perfil de saúde com base nos dados coletados?

**1.5.2 Durante o último ano, a Gestão Estadual do SUS assessorou a totalidade dos municípios na publicação e na divulgação periódica e constante da situação de saúde ao Conselho Municipal de Saúde e a outras organizações sociais e comunitárias locais?**

A Gestão Estadual do SUS:

1.5.2.1 Orientou a gestão municipal na interpretação e na utilização das informações para o monitoramento da situação de saúde?

1.5.2.2 Assessorou os municípios na publicação de sua situação de saúde?

1.5.2.3 Estimulou a apresentação e o debate da situação de saúde aos Conselhos Municipais e a outras organizações sociais e comunitárias?

1.5.2.3.1 Poderia dar um exemplo?





## **Fesp/SUS n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- A capacidade para coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador.
- A capacidade para executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco e em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória.
- A existência de área de vigilância ambiental estruturada capaz de coordenar no âmbito do estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde.
- A existência de infra-estrutura central para coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não-transmissíveis no âmbito do estado.
- A capacidade de coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços.
- A capacidade de coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes.
- O fortalecimento da capacidade de vigilância no nível local para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de problemas de saúde ou riscos específicos.
- A realização de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, sanitária e ambiental.
- O desenvolvimento de programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde.

### **Indicador**

#### **2.1 Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde.**

##### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Coordena os diferentes sistemas de informações e comunicação de vigilância à saúde.
- Opera diferentes sistemas de vigilância à saúde, em cooperação com os municípios, capazes de identificar e analisar as ameaças à saúde.
- Assume a liderança na definição de papéis e responsabilidades do pessoal-chave dos sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador, assim como no que diz respeito ao desenvolvimento das redes de comunicação e de respostas, buscando o feedback da informação em nível local.
- Identifica as ameaças e os fatores de risco para a saúde no estado.
- Responde rapidamente em todos os níveis a fim de controlar os problemas detectados.



### **2.1.1 A Secretaria Estadual de Saúde está organizada e possui infra-estrutura para identificar oportunamente riscos e agravos à saúde?**

O Sistema Estadual de Vigilância à Saúde tem infra-estrutura para:

- 2.1.1.1 Analisar a natureza e a magnitude das ameaças?
- 2.1.1.2 Monitorar eventos adversos e riscos para a saúde em um período de tempo?
- 2.1.1.3 Vigiar as mudanças nas condições de vida que influenciam na saúde da população?
- 2.1.1.4 Identificar fatores de risco para as Dants (Doenças e Agravos Não-Transmissíveis), que demandam uma resposta de saúde?
- 2.1.1.5 Fazer a vigilância de produto e serviços e ambientes de trabalho?
- 2.1.1.6 Gerar relatórios regulares dos diferentes sistemas para análises que permitam identificar ameaças para a saúde da população?
- 2.1.1.7 Analisar rotineiramente as tendências de enfermidades, danos ou fatores de risco sob vigilância?
- 2.1.1.8 Produzir e divulgar boletins periódicos?
- 2.1.1.9 Obter e processar sistematicamente o *feedback* sobre suas publicações?
- 2.1.1.10 Avaliar regularmente a capacidade das regionais e dos municípios em dar respostas rápidas às ações de vigilância e controle de riscos e agravos à saúde?
- 2.1.1.11 Incorporar informações de outros sistemas de informação em saúde?
- 2.1.1.12 Incorporar informações de outros sistemas de vigilância de diferentes atores (órgãos ambientais, controle de qualidade de produtos, qualidade de água, ar e outros)?

#### **Indicador**

### **2.2 Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Possui suficiente capacidade técnica nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador para desenvolver e difundir protocolos escritos que ajudem a identificar e a analisar os riscos e os agravos à saúde.
- Possui profissionais devidamente qualificados para monitoramento de ambientes, grupos populacionais expostos a situações de risco.
- Realiza oportunamente análises sobre ameaças à saúde, riscos e eventos adversos, utilizando os insumos desses serviços e de outros sistemas de vigilância que possam existir nos municípios.
- Administra diretamente ou solicita a outras instituições investigações sobre os principais eventos adversos à saúde.
- Tem acesso a serviços clínicos e ambientais capazes de realizar triagens populacionais e amostragens ambientais.

### **2.2.1 A Secretaria Estadual de Saúde possui capacidade suficiente para analisar as ameaças e os riscos à saúde?**

Esta capacidade inclui:

- 2.2.1.1 Elaboração de protocolos escritos para identificar as ameaças à saúde?
- 2.2.1.2 Serviços de verificação de óbito?



#### 2.2.1.3 Manejo de sistemas de informação geográfica?

Em caso afirmativo, a Secretaria Estadual de Saúde dispõe de:

##### 2.2.1.3.1 Um sistema ativo de informação geográfica?

#### 2.2.1.4 Experiência em metodologias que possam explicitar as desigualdades em saúde que geram situação de risco?

#### 2.2.1.5 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde ambiental e à toxicologia?

#### 2.2.1.6 Experiência em análise e investigação populacional de doenças infecciosas?

#### 2.2.1.7 Experiência em análise e investigação populacional de doenças crônicas?

#### 2.2.1.8 Experiência em análise e investigação populacional de acidentes e violências?

#### 2.2.1.9 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde mental?

#### 2.2.1.10 Experiência em análise e investigação populacional relacionada à saúde do trabalhador?

#### 2.2.1.11 Profissionais capacitados para desenvolverem avaliações epidemiológicas rápidas (amostras de conglomerados, métodos rápidos de investigação)?

#### 2.2.1.12 Experiência em triagens rápidas de populações expostas a risco ou nas que se reportaram problemas de saúde?

#### 2.2.1.13 Processamento de coleta e análise de amostras ambientais rápidas em resposta a informes de risco à saúde?

#### 2.2.1.14 Busca contribuições e estabelece articulações com outras disciplinas como: Clínica, Estatística e Ciências Sociais, no processo de análise?

### **2.2.2 A Gestão Estadual do SUS avalia regularmente as informações produzidas pelos diferentes sistemas de vigilância à saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

#### 2.2.2.1 Avalia anualmente a qualidade da informação produzida pelos diferentes sistemas de vigilância à saúde, buscando corrigir as inconsistências?

#### 2.2.2.2 Avalia anualmente o uso da informação produzida pelos sistemas de vigilância à saúde?

#### 2.2.2.3 Desenvolveu ou solicitou alguma investigação para conhecer melhor algum problema que represente uma ameaça para a saúde no estado?

Em caso afirmativo:

##### 2.2.2.3.1 Poderia dar um exemplo de uma investigação realizada nos últimos 12 meses?

#### 2.2.2.4 Utilizou os resultados dessa investigação para melhorar os sistemas de vigilância epidemiológica?

### **Indicador**

### **2.3 Capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública.**

#### **Padrão**

A Secretaria Estadual de Saúde:

- Dispõe de (ou tem acesso a) uma rede de laboratórios de saúde pública de complexidade crescente (hierarquizada) com capacidade de apoiar e dar respostas efetivas às ações de vigilância em saúde.
- Responde pelo cumprimento das normas e dos padrões de acreditação e avaliação dos profissionais, bem como dos equipamentos, das instalações e da segurança dos laboratórios, realizando o controle de qualidade de seus processos.

- Tem capacidade para processar exames e análises clínicas e ambientais para identificar doenças e agravos que coloquem em risco a população em geral ou grupos específicos.
- Garante que os laboratórios que formam a rede estadual tenham a capacidade de cruzar informação com os demais laboratórios participantes, padronizando seus procedimentos com os de um laboratório de referência nacional.
- Garante que o laboratório de referência estadual esteja coordenado efetivamente com laboratórios nacionais de referência.
- Garante que a rede de laboratórios de saúde pública disponha de procedimentos para receber informações de laboratórios públicos e privados com o propósito de monitorar as enfermidades em estudo.
- Coordena a rede de laboratórios públicos e privados que realiza análises de interesse em saúde pública.
- Supervisiona o estrito cumprimento das normas, dos padrões de acreditação dos protocolos de manipulação, o armazenamento e o transporte de amostras coletadas pelos laboratórios públicos e privados.
- Garante a informação oportuna sobre quais laboratórios possuem a capacidade de analisar as amostras em casos de agravos e doenças que colocam em risco a saúde da população.

### **2.3.1 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de rede de laboratórios de referência, estruturada para responder adequadamente às ações de vigilância à saúde?**

O(s) laboratório(s) de saúde pública:

2.3.1.1 Estão adequados para pesquisas e análises entomológicas e em condições de identificar os agentes causadores de todas as enfermidades de notificação compulsória no estado?

2.3.1.2 Mantêm uma lista atualizada dos laboratórios capazes de realizar análises especializadas diante das necessidades derivadas da vigilância à saúde?

2.3.1.3 Dispõem de protocolos rigorosos para o manejo, o transporte e o armazenamento de amostras coletadas por laboratórios públicos ou privados?

2.3.1.4 Possuem mecanismos formais de coordenação e referência da rede de laboratórios estaduais de saúde pública com um ou mais laboratórios nacionais de reconhecida excelência?

2.3.1.5 Avaliam periodicamente a qualidade do diagnóstico do laboratório de referência da rede mediante comparação com os resultados do laboratório de referência nacional?

2.3.1.6 Contam com procedimentos padronizados para receber informações de outros laboratórios privados e públicos com o propósito de monitorar enfermidades específicas?

Em caso afirmativo:

2.3.1.6.1 Avaliaram alguns desses procedimentos para determinar sua efetividade diante de situações específicas?

2.3.1.7 São capazes de cumprir com as necessidades de rotina das vigilâncias à saúde?

2.3.1.8 Dispõem de um sistema para determinar o nível de cumprimento das regulamentações voltadas a certificar a qualidade desses laboratórios?

Em caso afirmativo, os laboratórios de saúde pública:

2.3.1.8.1 Cumpriram estritamente as regulamentações voltadas a certificar a qualidade desses laboratórios?

## Indicador

### 2.4 Capacidade de resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- É capaz de investigar e responder de maneira oportuna e eficiente no que lhe compete nos distintos níveis em que ela se organiza para o controle de danos à saúde.
- Avalia a capacidade do sistema para responder oportuna e efetivamente.
- Certifica-se de que os municípios disponham de recursos humanos capacitados e de infra-estrutura necessária para essa resposta.
- Garante o controle sobre produtos e serviços de média e alta complexidade.
- Estimula a avaliação permanente dos vínculos intersetoriais necessários para essa resposta em todos os níveis.
- Disponibiliza para os municípios normas, procedimentos e rotinas a serem seguidos para o controle de riscos e agravos à saúde.
- Amplia o escopo dos programas de vigilância epidemiológica restritos a problemas e agravos de notificação compulsória para outros riscos e danos à saúde.
- Estimula os municípios a responderem localmente e de forma oportuna e autônoma.

#### 2.4.1 A Gestão Estadual do SUS possui capacidade de resposta oportuna e eficaz para o controle de riscos e agravos à saúde?

A Gestão Estadual do SUS:

2.4.1.1 Dispõe de protocolos e manuais de procedimento, baseados na informação obtida na vigilância, para uma resposta rápida diante dos danos à saúde do ambiente e das pessoas?

2.4.1.2 Define prazos para o encerramento em tempo hábil das investigações realizadas?

2.4.1.3 Enfatiza em seus manuais de procedimentos e normas a importância de uma resposta rápida e autônoma dos níveis mais próximos da origem do problema enfrentado?

2.4.1.4 Define, em conjunto com as outras esferas de governo, as suas atribuições na realização de ações de controle de riscos e agravos à saúde e as divulga?

2.4.1.5 Estabelece mecanismos de reconhecimento e estímulo ao bom desempenho das equipes encarregadas da resposta às emergências detectadas?

2.4.1.6 Detectou alguma ameaça à saúde pública de forma oportuna nos últimos 24 meses?

Em caso afirmativo:

2.4.1.6.1 Poderia citar um exemplo?

#### 2.4.2 A Gestão Estadual do SUS avalia a capacidade de resposta do sistema de vigilância diante de cada emergência de saúde enfrentada?

A Gestão Estadual do SUS:

2.4.2.1 Comunica os resultados dessa avaliação a todos os que a compõem e adota medidas corretivas?

2.4.2.2 Supervisiona o cumprimento das medidas corretivas para melhoria da capacidade de resposta?

## Indicador

### 2.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Orienta e apóia os municípios na identificação e na análise das ameaças à saúde.
- Informa aos municípios sobre a forma de acessar a rede de laboratórios de saúde pública.
- Produz e distribui aos municípios manuais, protocolos, normas e consultas referentes à saúde do trabalhador, à vigilância sanitária e à ambiental e métodos epidemiológicos por eles requeridos.
- Proporciona informação sobre as melhores práticas em saúde pública, incluindo as últimas descobertas de pesquisas relacionadas com as ações mais efetivas de prevenção e controle de enfermidades.
- Estimula e apóia os municípios para uma concepção mais ampla de vigilância com a inclusão de fatores de riscos presentes no ambiente, nas condições de trabalho e nos estilos de vida.
- Apóia os municípios quanto à utilização das informações contidas nos bancos de dados locais para planejamento e execução das ações locais.

#### 2.5.1 Assessora e apóia regularmente os municípios para desenvolver sua capacidade de vigilância à saúde?

A Gestão Estadual do SUS:

2.5.1.1 Faz um levantamento das necessidades de pessoal especializado, capacitação, equipamento, entre outras necessidades para a vigilância à saúde nos municípios?

Em caso afirmativo:

2.5.1.1.1 Utiliza esse levantamento para definir prioridades, capacitação e investimento nos sistemas de vigilância à saúde?

2.5.1.2 Informa todos os municípios sobre as formas de acessar a rede de laboratórios de saúde pública?

2.5.1.3 Promove a capacitação dos municípios, incorporando o conceito de vigilância à saúde com ações na área de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador?

2.5.1.4 Assessora os municípios diante de qualquer consulta relativa à conduta a ser seguida em emergências de saúde pública?

2.5.1.5 Define o trabalho da equipe responsável pelos sistemas de vigilância à saúde no tocante à comunicação com os municípios?

2.5.1.6 Comunica aos municípios a disponibilidade de peritos do nível central, os quais estão em condições de enfrentar emergências de saúde pública?

2.5.1.7 Define padrões simples e efetivos para a comunicação entre os distintos níveis dos sistemas de vigilância à saúde?

2.5.1.8 Divulga rotineiramente informação aos municípios sobre o estado atual das doenças e os riscos à saúde sob vigilância permanente?

2.5.1.9 Difunde rotineiramente informação aos municípios sobre as “boas práticas” e novas técnicas no controle de riscos e agravos à saúde?

2.5.1.10 Produz e distribui aos municípios guias orientando o desenvolvimento de planos para enfrentar emergências de saúde pública?

2.5.1.11 Recebe dos municípios informes periódicos e regulares sobre as tendências e os níveis de segurança no comportamento de doenças e riscos à saúde sob vigilância permanente em seus respectivos territórios?

## Fesp/SUS n. 3: Promoção da saúde

### Definição

Esta função inclui:

- O estímulo a mudanças nos estilos de vida, nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”.
- O fortalecimento de alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas.
- A avaliação do impacto das políticas públicas em saúde.
- O desenvolvimento das ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis.
- A reorientação do sistema e dos serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde.

### Indicador

#### 3.1 Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.

##### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Dispõe de uma política de promoção da saúde articulada com atores setoriais e extra-setoriais relevantes.
- Desenvolve estratégias de promoção da saúde com base nas necessidades da população do estado;
- Estabelece incentivos para o fomento de iniciativas efetivas de promoção integradas à atenção à saúde e aos diversos programas intersetoriais.
- Promove o desenvolvimento de intervenções e normas voltadas à promoção de condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis.
- Estabelece incentivos para que os municípios desenvolvam e implementem atividades de educação e promoção da saúde acessíveis a todos os cidadãos.

##### 3.1.1 A Gestão Estadual do SUS dispõe de uma política de promoção da saúde escrita e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde?

Essa política escrita e aprovada no CES:

3.1.1.1 Incorpora as recomendações levantadas nas conferências internacionais acerca do tema?

3.1.1.2 Incorpora as recomendações das Conferências de Saúde e de outros setores relevantes?

3.1.1.3 Define, com clareza, objetivos e metas de curto e longo prazos em matéria de promoção da saúde?

Em caso afirmativo, essas metas são estabelecidas com a participação:

3.1.1.3.1 Dos demais órgãos de governo?

3.1.1.3.2 Do Conselho Estadual de Saúde?

3.1.1.3.3 Dos municípios?



### **3.1.2 A Gestão Estadual do SUS dispõe de algum sistema de fomento para estimular a participação de municípios, organizações governamentais e não-governamentais na execução da política e de projetos de promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.1.2.1 Avalia anualmente o resultado da política e do sistema de fomento?

Em caso afirmativo:

3.1.2.1.1 Promove modificações na política e no sistema de fomentos com base nos resultados da avaliação?

3.1.2.2 A política estadual de promoção da saúde integra ações intersetoriais de educação, esporte, lazer, cultura, meio ambiente, trabalho e moradia?

3.1.2.3 Possui disponibilidade orçamentária e financeira para o desenvolvimento de projetos, incluindo capacitação de recursos humanos e produção de eventos em promoção da saúde?

3.1.2.4 Os projetos de promoção à saúde executaram todos os recursos financeiros a eles destinados no ano anterior?

Poderia mencionar um exemplo de projeto financiado nos últimos 12 meses a:

3.1.2.5 Secretarias Municipais de Saúde ou outros órgãos públicos?

3.1.2.6 Organizações não-governamentais sem fins lucrativos ou organizações comunitárias?

3.1.2.7 Instituições privadas?

### **3.1.3 A Gestão Estadual do SUS estabelece normas e intervenções para promover condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.1.3.1 Estabelece um conjunto de normas de promoção de condutas, condições de trabalho e ambientes saudáveis?

3.1.3.2 Planeja e executa anualmente os cursos de atualização sobre as normas e as intervenções?

3.1.3.3 Estimula o desenvolvimento de intervenções que promovam condutas e ambientes saudáveis?

Em caso afirmativo:

3.1.3.3.1 Poderia mencionar algum exemplo dessas intervenções implementadas nos últimos 12 meses?

3.1.3.3.2 Avalia no mínimo uma vez ao ano o processo e os resultados obtidos?

3.1.3.3.3 Modifica as estratégias de intervenções de acordo com os resultados da avaliação?

## **Indicador**

### **3.2 Formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção da saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Garante que as atividades realizadas reforcem a ação das instituições do governo e sejam coerentes com as prioridades de saúde definidas na esfera estadual.
- Dispõe de um grupo de condução estratégica e de assessoria de ampla base de sustentação que orienta o processo de formação de alianças para desenvolvimento de políticas de promoção da saúde.
- Estabelece alianças com organizações governamentais, não-governamentais e comunitárias para

fortalecimento da política de promoção da saúde e oferece fomentos para o desenvolvimento dessas alianças.

- Articula a captação de novos recursos junto aos demais órgãos de financiamento do governo e de organismos não-governamentais.
- Informa periodicamente os diversos atores sociais sobre as políticas de saúde e as ações prioritárias de reforço da promoção da saúde.
- Monitora e avalia o impacto em saúde das políticas públicas extra-setoriais, a efetividade de sua capacidade de formação de alianças e implementa ações de melhoria com base nos resultados dessa avaliação.

### **3.2.1 Há uma instância na estrutura organizacional da SES responsável pela gestão da promoção da saúde?**

Essa instância:

3.2.1.1 Possui um plano de ação que define as responsabilidades dos atores integrados a ela?

Em caso afirmativo:

3.2.1.1.1 Elabora o plano considerando o perfil da situação de saúde do estado e das necessidades demandadas pela população?

3.2.1.1.2 Avalia periodicamente o avanço do plano de promoção da saúde e divulga os resultados dessa avaliação?

3.2.1.1.3 Incorpora ao plano as ações corretivas derivadas da avaliação?

3.2.1.1.4 Presta conta anualmente de seu trabalho aos atores-chave?

3.2.1.2 Desenvolveu alguma atividade de promoção da saúde em conjunto com outras organizações ou setores de governo nos últimos 12 meses?

Em caso afirmativo:

3.2.1.2.1 Avaliou a relação setorial e extra-setorial estabelecida e os resultados da aliança?

3.2.1.2.2 Comunicou a seus parceiros os resultados dessa avaliação?

3.2.1.2.3 Implementou medidas para melhorar os resultados com base nessa avaliação?

### **3.2.2 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de capacidades para medir o impacto, no setor saúde, das políticas públicas geradas por outros setores?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

3.2.2.1 Dispõe de pessoal capacitado para a análise epidemiológica de fenômenos multifatoriais?

3.2.2.2 Dispõe de metodologias e instrumentos para medir o impacto de políticas públicas por outros setores na saúde?

### **3.2.3 A Gestão Estadual do SUS fomenta o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.2.3.1 Identifica e estimula a implementação das políticas de maior impacto na saúde das pessoas e do ambiente?

3.2.3.2 Monitora e avalia o impacto das políticas sociais e econômicas prioritárias para a saúde?

Em caso afirmativo, poderia citar um exemplo de avaliação do impacto na saúde realizado em:

3.2.3.2.1 Políticas ambientais?

3.2.3.2.2 Políticas econômicas?

3.2.3.2.3 Políticas sociais?

3.2.3.3 Reforça o desenvolvimento das políticas públicas para obter o máximo benefício na saúde das pessoas e do ambiente?

Em caso afirmativo, poderia citar um exemplo de atuação da Gestão Estadual do SUS em:

3.2.3.3.1 Políticas ambientais?

3.2.3.3.2 Políticas econômicas?

3.2.3.3.3 Políticas sociais?

## Indicador

### 3.3 Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Desenvolve um processo sistemático de informação e educação à população, atuando na melhoria das condições de saúde.
- Desenvolve esse processo em colaboração com organizações governamentais e não-governamentais, setoriais e extra-setoriais, para garantir um enfoque consistente e integral no desenvolvimento de condutas e hábitos de vida saudáveis.
- Apóia o desenvolvimento de programas educativos, culturais e lingüisticamente adequados, voltados a grupos específicos da sociedade.
- Realiza campanhas educativas de promoção da saúde envolvendo as organizações governamentais e não-governamentais por intermédio dos meios de comunicação de massa, como televisão, rádio e imprensa escrita.
- Disponibiliza outras formas de informação sobre saúde ao alcance da população.
- Avalia a efetividade e a pertinência das atividades de promoção e educação anualmente, utilizando o feedback recebido da população que participou dos programas.

#### 3.3.1 A Gestão Estadual do SUS desenvolveu e implementou, nos últimos 12 meses, uma agenda voltada à educação para a saúde, visando estimular iniciativas que melhoram as condições de saúde da população?

Essa agenda ou outras iniciativas de educação:

3.3.1.1 São desenvolvidas em colaboração com outras instituições governamentais?

3.3.1.2 Com instituições não-governamentais?

3.3.1.3 Incluem as contribuições da população?

3.3.1.4. Incorporam as novas tendências e as tecnologias das ciências da comunicação em saúde?

3.3.1.5 Incluem as recomendações e os acordos internacionais mais importantes em promoção da saúde?

3.3.1.6 Garantem a integração das ações de promoção?

3.3.1.7 Incluem ações para tornar acessível a promoção da saúde a grupos culturalmente diversos?

### **3.3.2 A Gestão Estadual do SUS implementou campanhas de promoção da saúde pelos meios de comunicação social durante os últimos 12 meses?**

Essas campanhas envolveram:

3.3.2.1 Imprensa escrita?

3.3.2.2 Rádio?

3.3.2.3 Televisão?

3.3.2.4 Internet?

3.3.2.5 Avaliação do resultado das campanhas mediante pesquisas de opinião pública ou técnicas de grupos focais?

Em caso afirmativo, avaliou-se:

3.3.2.5.1 A compreensão das mensagens?

3.3.2.5.2 O acesso às mensagens?

3.3.2.5.3 Os resultados em termos de mudanças no conhecimento da população?

3.3.2.5.4 Os resultados em termos de mudanças no comportamento?

3.3.2.5.5 A incorporação dos resultados da avaliação no planejamento de campanhas futuras?

### **3.3.3 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de um setor destinado a produzir e a fornecer informação e materiais educativos para a promoção da saúde?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

3.3.3.1 Dispõe de uma página na Internet com informações úteis para a promoção da saúde?

Em caso afirmativo:

3.3.3.1.1 Avalia periodicamente, pelo menos a cada seis meses, a utilização da página pelos usuários, considerando o número de acessos e as opiniões dos usuários?

3.3.3.2 Os materiais educativos distribuídos foram atualizados nos últimos 12 meses?

3.3.3.3 A qualidade dos materiais e sua utilidade foram avaliadas nos últimos 12 meses?

3.3.3.4 A produção e o fornecimento de informação e de materiais educativos são avaliados anualmente?

3.3.3.5 Dispõe de uma linha telefônica dedicada com serviço eletrônico de mensagens sobre promoção da saúde?

Em caso afirmativo:

3.3.3.5.1 Avalia o uso da linha telefônica no mínimo a cada seis meses?

3.3.3.6 Dispõe de outros meios alternativos?

### **Indicador**

## **3.4 Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.**

### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Defende e facilita o diálogo e o consenso entre os tomadores de decisão para maximizar os recursos voltados à promoção da saúde.
- Incorpora mecanismos de alocação de recursos aos prestadores de serviços e incentiva-os a adotar o enfoque de promoção.

- Desenvolve estratégias de apoio e fortalecimento da infra-estrutura que facilitem o desempenho dos serviços com ênfase na promoção da saúde.
- Inclui critérios de promoção da saúde nos mecanismos regulatórios para certificação, acreditação de estabelecimentos de saúde, redes de prestação de serviços e qualificação dos profissionais de saúde.
- Reforça a importância da Atenção Primária à Saúde, estabelecendo estratégias por meio das quais os Gestores Municipais assumam responsabilidades pela atenção e pelo cuidado integral à saúde;
- Reforça o componente de promoção nos programas de desenvolvimento de recursos humanos, em todos os níveis da formação em saúde.
- Promove o consenso entre os especialistas sobre protocolos clínicos que incorporem os componentes de prevenção e promoção, além de supervisionar a implementação desses instrumentos.
- Incentiva a comunicação entre gestores, equipes de saúde e pacientes para melhorar a efetividade da promoção da saúde e desenvolver responsabilidade nos cuidados à saúde.

### **3.4.1 As instâncias colegiadas do SUS discutem a importância da promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.4.1.1 Faz constar a política e os programas de promoção da saúde nas pautas prioritárias do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite?

3.4.1.2 Encaminha para deliberação no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite a avaliação das políticas, dos programas e das ações de promoção da saúde?

### **3.4.2 A Gestão Estadual do SUS desenvolve estratégias para reorientar o sistema e os serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.4.2.1 Estabelece mecanismos de financiamento da atenção à saúde que incentivem a promoção da saúde no sistema estadual de saúde?

Em caso afirmativo:

3.4.2.1.1 Avalia o resultado da aplicação desses mecanismos para favorecer o desenvolvimento da promoção da saúde nos serviços?

3.4.2.2 Estabelece mecanismos de financiamento para fomento da promoção da saúde nos serviços privados?

Em caso afirmativo:

3.4.2.2.1 Avalia o resultado da aplicação desses mecanismos de financiamento para favorecer o desenvolvimento da promoção da saúde nos serviços?

3.4.2.3 Promove a adequação das instalações físicas dos serviços para favorecer a promoção da saúde?

3.4.2.4 Considera os conhecimentos e as habilidades em promoção da saúde na realização de concursos e outros processos seletivos?

3.4.2.5 Desenvolve um instrumento de certificação/acreditação de estabelecimentos de saúde, considerando a dedicação destes nas atividades de promoção da saúde?

3.4.2.6 Promove ações e medidas de promoção da saúde em parceria com operadores de planos privados de saúde?

3.4.2.7 Promoveu a elaboração e a implementação de protocolos clínicos que respaldem as práticas efetivas de promoção da saúde?

Em caso afirmativo:

3.4.2.7.1 Poderia citar um exemplo desses protocolos que estejam atualmente em vigor?

3.4.2.8 Promoveu consensos, acordos e/ou pactos de responsabilidades formais para a promoção da saúde, envolvendo Gestores Municipais, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e representantes de usuário?

Em caso afirmativo:

3.4.2.8.1 Poderia citar um exemplo bem-sucedido de co-responsabilidade resultante desse esforço?

### **3.4.3 A Gestão Estadual do SUS prioriza a organização da Atenção Primária à Saúde com ênfase na promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.4.3.1 Prioriza a formação das equipes da Atenção Primária com ênfase na promoção da saúde?

3.4.3.2 Promove estratégias e incentivos para enfrentar os problemas de saúde com ênfase na promoção da saúde?

3.4.3.3 Estabelece pacto de co-responsabilidade com os municípios e mecanismos de financiamento para a Atenção Primária com ênfase na promoção da saúde?

3.4.3.4 Estabelece uma política de incentivos para as equipes de Atenção Primária para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde?

### **3.4.4 A Gestão Estadual do SUS fortalece o desenvolvimento de recursos humanos com ênfase na promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.4.4.1 Estimula os Centros de Formação a incluir conteúdos de promoção da saúde e fomenta atitudes positivas nos estudantes da área de saúde?

3.4.4.2 Inclui componentes de promoção da saúde nos programas de educação permanente?

## **Indicador**

### **3.5 Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Dispõe de profissionais com capacidades e habilidades para coordenar as ações de implementação da promoção da saúde no estado em parceria com os municípios.
- Contribui com orientações, informações e práticas baseadas em evidências para fortalecer a promoção da saúde nos municípios.
- Incentiva os municípios para que disponham de infra-estrutura, recursos humanos e tecnológicos para o desenvolvimento da promoção e da educação em saúde.

#### **3.5.1 A Gestão Estadual do SUS possui capacidade para cooperar e fortalecer as ações de promoção da saúde nos municípios?**

A Gestão Estadual do SUS possui profissionais qualificados para cooperar nas seguintes áreas:

3.5.1.1 Promoção da saúde no trabalho?

- 3.5.1.2 Educação para a saúde?
- 3.5.1.3 Trabalho com grupos?
- 3.5.1.4 *Marketing* social?
- 3.5.1.5 Articulação e mobilização dos meios de comunicação de massa?
- 3.5.1.6 Técnicas de comunicação?
- 3.5.1.7 Criação de materiais educativos para a promoção da saúde adaptados a culturas diversas?

Em caso afirmativo, nos últimos 12 meses:

3.5.1.7.1 Os temas foram revisados e atualizados e as mensagens utilizadas nos materiais educativos são adequadas?

3.5.1.7.2 Os materiais educativos foram analisados e avaliados para adequação às diversas realidades culturais existentes no estado?

A Gestão Estadual do SUS:

3.5.1.8 Comunica aos municípios a existência de materiais e apoio especializado, bem como sua disponibilidade para assessorar as ações de promoção da saúde?

3.5.1.9 Assessorou os municípios na preparação de atividades promocionais específicas nos últimos 12 meses?

### **3.5.2 A Gestão Estadual do SUS avalia a capacidade e as necessidades dos municípios para desenvolver ações de promoção da saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

3.5.2.1 Formulou um plano de apoio ao desenvolvimento da capacidade técnica operacional necessária aos municípios?

3.5.2.2 Avaliou os resultados do plano e implementou ações com base nos resultados da avaliação?

3.5.2.3 Tem acesso às instalações e equipamentos que permitam apoiar os municípios na produção de materiais educativos?

Em caso afirmativo, disponibiliza aos municípios:

3.5.2.3.1 Assessoria e recursos gráficos?

3.5.2.3.2 Capacitação para uso desses instrumentos?

3.5.2.4 Articula com outros atores sociais com capacidade de desenvolver ações de promoção da saúde?

Em caso afirmativo:

3.5.2.4.1 Poderia citar exemplos de ações coordenadas com esses atores sociais durante o último ano?

### **3.5.3 A Secretaria Estadual de Saúde coopera com os municípios para a utilização de meios de comunicação que favoreçam o impacto e a acessibilidade às ações de promoção da saúde?**

Utiliza recursos como:

3.5.3.1 Programas de rádio?

3.5.3.2 Teatro educativo popular?

3.5.3.3 Programas de televisão?

3.5.3.4 Videoconferência?

3.5.3.5 Materiais impressos, como cartilhas, jornais, boletins, etc.

## Fesp/SUS n. 4: Participação social em saúde

### Definição

Esta função inclui:

- O desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da comunidade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões, que afetam sua saúde e seu acesso a serviços adequados de saúde.
- O apoio e o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências Estaduais e Municipais de Saúde) e outras formas de controle social na proposição, na deliberação e na fiscalização da política estadual de saúde.

### Indicador

#### 4.1 Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde.

##### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Garante a existência de mecanismos para recebimento e resposta permanente de opinião e denúncia em relação a políticas, programas e normas que afetam as condições de saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde.
- Garante a existência de mecanismos de consulta pública para auscultar a opinião em relação a políticas, programas e normas que afetam as condições de saúde e o acesso às ações e aos serviços de saúde.
- Divulga as instâncias de proteção e de defesa dos direitos de cidadãos, consumidores e usuários do sistema de saúde. Estimula e orienta o acesso da comunidade a estas instâncias.
- Disponibiliza a prestação de conta pública sobre a situação de saúde da população e da gestão do sistema e dos serviços de saúde, até mesmo quanto ao uso dos recursos.

##### 4.1.1 A Gestão Estadual do SUS garante a existência de uma instância formal que opera mecanismos permanentes de consulta pública para o recebimento e a resposta de opinião e denúncia da comunidade e do cidadão em assuntos de saúde?

A Gestão Estadual do SUS:

###### 4.1.1.1 Considera as conclusões e as recomendações dessa instância?

Em caso afirmativo, essa instância:

4.1.1.1.1 Possui estrutura própria e autônoma?

4.1.1.1.2 Articula-se ao Conselho Estadual de Saúde?

4.1.1.1.3 Encaminha suas conclusões e suas recomendações aos órgãos de controle, avaliação, fiscalização e regulação do sistema?

###### 4.1.1.2 Dispõe de mais de uma instância de recepção de opinião e de denúncias da comunidade e do cidadão em relação ao sistema e aos serviços de saúde?

Em caso afirmativo:

4.1.1.2.1 É um mecanismo formal de consulta pública?

4.1.1.2.2 Utiliza-se das informações geradas para fins de mudanças no sistema e/ou nos serviços de saúde?





4.1.1.2.3 Disponibiliza o resultado para municípios e setores envolvidos?

4.1.1.3 Garante a existência e a operação de procedimento de resposta à opinião e à denúncia da comunidade e do cidadão?

Em caso afirmativo, esses procedimentos existem e operam por meio de:

4.1.1.3.1 Carta?

4.1.1.3.2 Telefone?

4.1.1.3.3 E-mail?

#### **4.1.2 Existe articulação da Gestão Estadual do SUS com instituições responsáveis por ações legais e/ou ação pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

4.1.2.1 Divulga e orienta o acesso da população a essas instituições?

4.1.2.2 Possibilita o acesso dessas instituições às informações atualizadas da política de saúde?

4.1.2.3 Estabelece canal de comunicação e parceria interinstitucional no atendimento de demandas, ações e recomendações dessas instituições, visando à melhoria da relação e à garantia dos princípios do SUS?

4.1.2.4 Promove mudanças na política e/ou nos serviços e nas ações de saúde a partir das demandas e dos processos originados pelas instituições de defesa e proteção?

#### **4.1.3 O Gestor Estadual do SUS presta contas sobre a situação de saúde da população, da gestão do sistema, dos serviços de saúde e do uso dos recursos financeiros?**

Essa prestação de contas:

4.1.3.1 É realizada no mínimo a cada três meses?

4.1.3.2 É disponibilizada aos meios de comunicação?

4.1.3.3 É debatida no CES?

4.1.3.4 É apresentada ao Poder Legislativo Estadual, de acordo com o Decreto nº 1.651, de 28/9/1995?

4.1.3.5 É incorporada ao relatório anual de Gestão Estadual?

#### **Indicador**

### **4.2 Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Possui Conselho Estadual de Saúde autônomo, com pessoal e orçamento próprios e instalações físicas adequadas.
- Desenvolve política de comunicação, informação e educação social que orienta e estimula a participação e o controle social nas políticas de saúde.
- Dispõe de um sistema de informação com linguagem acessível que inclui um cadastro de organizações, que trabalham ou que potencialmente possam trabalhar em iniciativas de saúde.
- Define a política estadual de saúde a partir das deliberações das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde e com a participação dos Conselhos.
- Avalia periodicamente sua capacidade de fortalecer a participação social em saúde, introduzindo oportunamente as mudanças recomendadas nessas avaliações.



#### **4.2.1 A Gestão Estadual do SUS estabelece a política de saúde com base na participação do CES e dos resultados da Conferência Estadual de Saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

4.2.1.1 Considera a participação dos cidadãos por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde?

Em caso afirmativo, essa participação ocorre:

4.2.1.1.1 Na definição das políticas prioritárias?

4.2.1.1.2 Na definição de políticas com base em problemas e grupos específicos?

4.2.1.1.3 Na aprovação das políticas?

4.2.1.2 Homologa, publica, divulga e efetiva as deliberações do Conselho Estadual de Saúde (resoluções, moções e recomendações)?

4.2.1.3 Promove a estrutura adequada de funcionamento do Conselho Estadual de Saúde para exercício de sua função no sistema?

Em caso afirmativo, o CES funciona com:

4.2.1.3.1 Estrutura física própria e adequada, contendo móveis, equipamentos de informática e comunicação social, sala de reunião de conselheiros e acesso a meios de transporte?

4.2.1.3.2 Dotação orçamentária própria?

4.2.1.3.3 Secretaria executiva e equipe técnica de apoio ao CES?

4.2.1.4 Subsidia tecnicamente e estimula a participação social na tomada de decisões e o acompanhamento das estratégias de mudanças do modelo de gestão, de atenção e das práticas nos serviços de saúde?

Em caso afirmativo, isso ocorre:

4.2.1.4.1 no âmbito das Conferências Estaduais de Saúde?

4.2.1.4.2 no âmbito do Conselho Estadual de Saúde?

4.2.1.4.3 no âmbito dos Conselhos Municipais?

4.2.1.5 Poderia citar um exemplo de definição de propostas formuladas com a participação da comunidade?

4.2.1.6 Dispõe de programas de informação, comunicação e educação para os cidadãos sobre a política de saúde e os direitos e deveres dos usuários?

Em caso afirmativo, os programas:

4.2.1.6.1 São realizados periodicamente?

4.2.1.6.2 São veiculados pelos órgãos de comunicação de massa?

4.2.1.6.3 Os resultados são avaliados?

#### **4.2.2 A Gestão Estadual do SUS dispõe de pessoal capacitado para estimular a participação social em saúde e qualificar a atuação dos conselheiros de saúde?**

Esse pessoal é capacitado em:

4.2.2.1 Metodologias que facilitam a participação em grupo?

4.2.2.2 Planejamento e coordenação de ações comunitárias em saúde?

4.2.2.3 Liderança, trabalho em grupo e manejo de conflitos?

4.2.2.4 Estrutura e organização do Sistema Único de Saúde?

4.2.2.5 Estratégias e metodologias para qualificação da atuação dos membros do Ministério Público na saúde?

### **4.2.3 A Gestão Estadual do SUS estimula e fomenta a participação social em saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

- 4.2.3.1 Dispõe de um cadastro de organizações e lideranças comunitárias?
- 4.2.3.2 Divulga as experiências bem-sucedidas de participação da comunidade?
- 4.2.3.3 Destina recursos para o desenvolvimento de iniciativas e projetos de saúde administrados por organizações não-governamentais?

Em caso afirmativo:

- 4.2.3.3.1 Poderia mencionar a que organizações destinou financiamento no último ano?
- 4.2.3.4 Garante suporte técnico, administrativo e financeiro para realização de encontros, seminários, oficinas e outras reuniões para discutir temas de controle social em saúde?

Em caso afirmativo, realizam-se:

- 4.2.3.4.1 Em âmbito estadual?
- 4.2.3.4.2 Em âmbito regional?
- 4.2.3.4.3 Em âmbito municipal?
- 4.2.3.5 Auxilia outras organizações a prepararem esses encontros?

Em caso afirmativo:

- 4.2.3.5.1 Poderia citar pelo menos um exemplo ocorrido no último ano?
- 4.2.3.6 Garante suporte técnico, administrativo e financeiro para realização de cursos de capacitação de membros do Ministério Público e do Poder Legislativo para qualificação do exercício do controle social em saúde?

Em caso afirmativo, esses cursos contemplam:

- 4.2.3.6.1 Direito à saúde e à cidadania?
- 4.2.3.6.2 Funções e competências das instâncias de controle social do SUS?
- 4.2.3.6.3 Estrutura e organização do SUS, políticas e programas de saúde?

### **4.2.4 A Gestão Estadual do SUS avalia sua capacidade de estimular a participação social em saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

- 4.2.4.1 Avalia anualmente essa capacidade?
- 4.2.4.2 Discute o processo de avaliação e os resultados nas instâncias de controle social?
- 4.2.4.3 Incorpora as mudanças resultantes das avaliações nas estratégias futuras?

#### **Indicador**

### **4.3 Cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Assessora os municípios no desenvolvimento e no fortalecimento das Conferências, dos Conselhos Municipais de Saúde e de outros mecanismos de participação social.
- Assessora os municípios, conforme a necessidade, na formação e na capacitação dos conselheiros e de outras lideranças da saúde.
- Estimula os gestores municipais a estabelecerem relações produtivas com o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público, o Legislativo Municipal e com outras formas de organização de controle

social e participação da comunidade.

- Apóia os municípios na identificação, no fomento e na capacitação de iniciativas populares em saúde;
- Emprega recursos especializados no apoio técnico voltado ao desenvolvimento das instâncias de controle social e das habilidades para a participação social nos municípios.
- Incentiva os municípios na formação de conselhos gestores locais e de unidade de saúde.

#### **4.3.1 A Gestão Estadual do SUS assessora e apóia os municípios no desenvolvimento e no fortalecimento de mecanismos de participação e controle social?**

Essa assessoria e esse apoio incluem:

4.3.1.1 Desenvolvimento e fortalecimento das Conferências e dos Conselhos Municipais de Saúde?

4.3.1.2 Formação e capacitação dos conselheiros municipais de saúde e de outras lideranças locais da saúde?

4.3.1.3 Formação e capacitação de representantes do Poder Legislativo Municipal?

4.3.1.4 Desenvolvimento de mecanismos permanentes de articulação entre o Conselho Municipal de Saúde, o Ministério Público e o Poder Legislativo Municipal?

4.3.1.5 Implantação ou implementação de instâncias formais de consulta de opinião e denúncia em saúde, no âmbito da gestão municipal?

4.3.1.6 Implantação de normas, rotinas e fluxos para processar a recepção e a resposta às denúncias e às solicitações dos cidadãos?

4.3.1.7 Elaboração de instrumentos e mecanismos para realização de prestação de contas?

4.3.1.8 Mecanismos e técnicas de negociação para trabalhar e resolver conflitos na relação entre gestão pública e comunidade?

4.3.1.9 Estabelecimento de mecanismos para o fornecimento permanente de informações em saúde?

4.3.1.10 Identificação, fomento e capacitação de iniciativas populares em saúde?

4.3.1.11 Desenvolvimento das instâncias de controle social e das habilidades para a participação social?

4.3.1.12 Organização e formação de conselhos gestores locais e de unidades de saúde?



## **Fesp/SUS n. 5: O desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- A formulação de políticas de saúde, em todos os níveis, mensuráveis e consistentes com os princípios da equidade e da universalidade.
- O desenvolvimento e o monitoramento da implementação de políticas de saúde, por meio de instrumentos pactuados e de processo participativo coerentes com o contexto político e econômico n quais essas políticas ocorram.
- A capacidade institucional para a gestão pública dos sistemas de saúde, a exemplo do planejamento estratégico e de outras metodologias pactuadas entre gestores, com ênfase nos processos de construção, implementação e avaliação de iniciativas para resolver os problemas de saúde da população.
- O desenvolvimento de competências para a tomada de decisões, baseadas em evidências, incorporando o planejamento e a avaliação, a capacidade de liderança, a comunicação efetiva, o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos.
- O desenvolvimento da capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais.

### **Indicador**

#### **5.1 Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.**

##### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Dispõe de processos democráticos e participativos para formulação de políticas que busquem a melhoria da saúde da população, considerando o perfil epidemiológico e a coerência com o contexto econômico e político.
- Identifica as prioridades em saúde e incluem-nas no Plano Estadual de Saúde, compatibilizando-o com o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, considerada a heterogeneidade da situação de saúde, e recomenda objetivos mensuráveis para acompanhamento destas prioridades.
- Garante a coerência interna das políticas de saúde expressas no Plano Estadual de Saúde.
- Assegura a compatibilidade de objetivos do Plano Estadual de Saúde com as prioridades municipais.
- Identifica e desenvolve indicadores de resultados, como parte de um processo de planejamento e programação de saúde no estado.
- Forma alianças e promove pactuações com os demais gestores do SUS e com os prestadores de serviços públicos e privados.



### **5.1.1 A Gestão Estadual do SUS coordena, no âmbito do estado, um processo contínuo de formulação das políticas de saúde, visando à melhoria da saúde da população?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.1.1.1 Busca informações junto a municípios e atores sociais relevantes, para subsidiar a identificação de prioridades de saúde no âmbito estadual?

5.1.1.2 Elabora o Plano Estadual de Saúde e atualiza-o com base em uma avaliação anual, com objetivos e metas pactuadas de modo participativo, em consonância com as prioridades identificadas?

Em caso afirmativo:

5.1.1.2.1 Essas políticas estão baseadas no perfil epidemiológico da saúde da população?

5.1.1.2.2 Os objetivos a serem alcançados estão baseados na definição prévia de prioridades?

5.1.1.2.3 As políticas de saúde reforçam e são reforçadas por outras políticas sociais no âmbito estadual?

5.1.1.2.4 Os projetos e os programas propostos estão contemplados no orçamento estadual e na Lei de Diretrizes Orçamentárias?

5.1.1.2.5 O Plano Estadual de Saúde incorpora as prioridades definidas na Conferência Estadual de Saúde?

5.1.1.2.6 O Plano Estadual de Saúde é debatido e aprovado no Conselho Estadual de Saúde?

5.1.1.2.7 Define indicadores de desempenho para avaliação das políticas definidas no Plano Estadual de Saúde?

Em caso afirmativo:

5.1.1.2.7.1 Esse processo inclui indicadores para cada política, projeto e programa do Plano?

5.1.1.2.8 A SES busca parcerias com instituições acadêmicas para a elaboração desses indicadores?

### **5.1.2 A Gestão Estadual do SUS utiliza os indicadores para avaliar se os objetivos do Plano Estadual de Saúde foram alcançados?**

5.1.2.1 A Gestão Estadual do SUS monitora e avalia esses indicadores?

Em caso afirmativo, esse processo:

5.1.2.1.1 Inclui o Conselho Estadual de Saúde?

5.1.2.1.2 Inclui a Comissão Intergestores Bipartite?

5.1.2.1.3 É realizado anualmente?

5.1.2.1.4 Inclui outros atores além do setor saúde como Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa?

### **5.1.3 A Gestão Estadual do SUS avalia a viabilidade das políticas propostas para o Plano Estadual de Saúde?**

Na Gestão Estadual do SUS:

5.1.3.1 Esse processo é avaliado no âmbito da relação do estado com os Municípios?

5.1.3.2 Esse processo é avaliado no âmbito do setor privado, conveniado e não-conveniado com o SUS?

5.1.3.3 Esse processo é avaliado no âmbito da relação com os usuários do SUS?

5.1.3.4 Os resultados da avaliação fomentam a formação de alianças com trabalhadores da saúde?



## Indicador

### 5.2 Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Conduz o processo de implementação de políticas públicas de saúde e envolve, além do Legislativo, o Conselho de Saúde, os Gestores Municipais, a mídia, as lideranças setoriais, as instituições acadêmicas e outras áreas do governo.
- Desenvolve uma abordagem pluralista que vise informar ou influir na geração de políticas de saúde sustentáveis, no âmbito do estado e dos municípios.
- Monitora e avalia periodicamente os processos de desenvolvimento de políticas de saúde e está preparado para realizar as ações necessárias para maximizar o impacto destas políticas na saúde das pessoas.

#### 5.2.1 A Gestão Estadual do SUS conduz o processo de implementação do Plano Operativo Anual ou da Agenda Estadual de Saúde?

Essa Agenda ou Plano Operativo Anual:

5.2.1.1 É coerente com as diretrizes descritas no indicador 5.1?

5.2.1.2 Tem respaldo e aprovação do governador do estado?

5.2.1.3 Tem respaldo e aprovação do Poder Legislativo?

5.2.1.4 Considera as contribuições de atores responsáveis pela condução das políticas de saúde?

5.2.1.5 Considera as contribuições do Conselho Estadual de Saúde para as reformulações?

#### 5.2.2 A implementação da Agenda e/ou do Plano Operativo Anual é realizada de modo participativo?

Essa participação inclui:

5.2.2.1 A pactuação com Gestores Municipais para a construção de instrumentos de planejamento, de programação e de avaliação dos serviços em saúde?

5.2.2.2 A análise e a deliberação do CES sobre o processo de implementação da Agenda?

5.2.2.3 A articulação com o Poder Legislativo a fim de sustentar a implementação da Agenda?

5.2.2.4 A articulação permanente com os tomadores de decisão de outras políticas econômicas e sociais?

5.2.2.5 O uso compartilhado dessa Agenda e/ou do Plano Operativo Anual pela Gestão Estadual do SUS com outros atores?

Em caso afirmativo, esses atores incluem:

5.2.2.5.1 Gestores municipais?

5.2.2.5.2 Conselhos Municipais de Saúde?

5.2.2.5.3 Instituições formadoras de recursos humanos?

5.2.2.5.4 Prestadores de serviços de saúde públicos e privados?

5.2.2.5.5 Associações profissionais e sindicatos?

5.2.2.5.6 Organizações comunitárias e não-governamentais?

5.2.2.5.7 Hospitais universitários?

5.2.2.6 A Agenda ou Plano Operativo Anual é expressa ou respaldada em leis e regulamentos?

Em caso afirmativo:

5.2.2.6.1 Poderia citar um exemplo específico de lei ou regulamentação elaborada no último ano?



### **5.2.3 A Gestão Estadual do SUS monitora resultados para avaliar o impacto da implementação da Agenda/Plano Operativo Anual?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.2.3.1 Informa os municípios, os Conselhos de Saúde, a Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, outros tomadores de decisão e o público em geral sobre os resultados e o impacto da implementação da Agenda/Plano Operativo Anual?

5.2.3.2 Utiliza os resultados da avaliação para redefinir e ajustar a Agenda/Plano Operativo Anual?

5.2.3.3 Possui pessoal técnico, com experiência e capacidades necessárias, para redefinir e ajustar a Agenda/Plano Operativo Anual?

Em caso afirmativo, essa experiência e essas capacidades incluem habilidades em:

5.2.3.3.1 Elaboração de propostas para adequação da Agenda/Plano Operativo Anual?

5.2.3.3.2 Elaboração de proposta de adequação de legislação, normas e regulamentos em saúde?

5.2.3.3.3 Condução de conferências de saúde, fóruns e audiências públicas para a redefinição da Agenda/Plano Operativo Anual?

5.2.3.3.4 Adequação de temas dentro da Agenda/Plano Operativo Anual e sua transformação em novas políticas públicas em saúde?

#### **Indicador**

### **5.3 Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS possui capacidade institucional em:

#### **5.3.1 Condução política, liderança e comunicação social.**

- Direciona o sistema estadual de saúde, para uma visão claramente articulada com os municípios e outras instituições partícipes do sistema, com a busca de padrões de excelência.
- Dispõe dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, necessários para alcançar os padrões propostos.
- Dispõe de uma política de comunicação social em saúde e de pessoal qualificado, necessários a uma efetiva divulgação das estratégias de implementação da política e da Agenda/Plano Operativo Anual de saúde.

#### **5.3.1 A Gestão Estadual do SUS desenvolve sua capacidade institucional para exercer a condução do sistema de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.3.1.1 Possui a capacidade institucional necessária para exercer a condução do sistema de saúde?

Em caso afirmativo, essa capacidade inclui:

5.3.1.1.1 Métodos e instrumentos para a formação de consensos?

5.3.1.1.2 Estratégias para o fortalecimento das alianças com os atores do setor saúde?

5.3.1.1.3 Resolução de conflitos dentro da equipe da SES e entre a SES e outros atores?

5.3.1.1.4 Técnicas de comunicação interna e externa?

5.3.1.1.5 Apoio político e técnico às prioridades da SES?

5.3.1.1.6 A promoção da colaboração intersetorial?

5.3.1.2 Utiliza sua capacidade de gestão e liderança para conduzir o sistema de saúde visando atingir os objetivos, as metas e as prioridades pactuadas?

5.3.1.3 Dispõe de pessoal capacitado e suficiente para a comunicação efetiva das visões e das estratégias que permitam a condução do sistema?

### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS possui capacidade institucional em:

#### **5.3.2 Tomada de decisões com base em evidências.**

- Dispõe das competências e dos recursos humanos e tecnológicos para coletar, analisar e avaliar dados de diferentes fontes para desenvolver as capacidades de gestão com base em evidências.
- Inclui o apoio aos processos de planejamento, a tomada de decisões e a avaliação das intervenções.
- Facilita e compartilha entre todos os gestores da saúde o acesso a fontes de dados pertinentes, para apoiar os processos de tomada de decisões e garante que essas fontes sejam usadas democraticamente entre todos os tomadores de decisões.
- Garante uma análise sistemática das informações sobre os resultados de suas intervenções, dispõe de recursos humanos e tecnológicos, no âmbito estadual, necessários para conduzir essa análise.
- Utiliza as investigações e as pesquisas aplicadas sobre a operação dos sistemas públicos de saúde e dos complementares ao SUS para fornecer informações ao processo de tomada de decisões.

#### **5.3.2 A Gestão Estadual do SUS desenvolve sua capacidade institucional para a tomada de decisões baseada em evidências?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.3.2.1 Dispõe de capacidade para gestão baseada em evidências nos processos de planejamento, tomada de decisões e avaliação de atividades?

Em caso afirmativo:

5.3.2.1.1 Possui capacidade para coletar, analisar, integrar e avaliar a informação proveniente de diversas fontes?

5.3.2.1.2 Dispõe de sistemas de informação capazes de processar informações coletadas e construir bases de dados que possam ser usadas nos processos de planejamento?

Em caso afirmativo, o processamento de dados que alimenta as bases de dados inclui:

5.3.2.1.2.1 Recursos existentes no setor saúde?

5.3.2.1.2.2 Análise de custos?

5.3.2.1.2.3 Produção de serviços?

5.3.2.1.2.4 Qualidade dos serviços?

5.3.2.1.3 Utiliza as informações das diversas fontes, para melhorar a tomada de decisões, na gestão dos serviços públicos de saúde em todos os níveis?

5.3.2.1.4 Estimula e facilita o uso das informações em saúde na tomada de decisões?

5.3.2.1.5 Dispõe de recursos humanos qualificados e recursos tecnológicos adequados para o uso das informações na tomada de decisões baseada em evidências?

Em caso afirmativo:

- 5.3.2.1.5.1 São produzidas informações em formato simples e compreensíveis?
- 5.3.2.2 Utiliza metodologias científicas de pesquisa de sistemas de saúde para qualificar a tomada de decisões e os processos de avaliação?
- 5.3.2.3 Dispõe de sistemas de monitoramento, controle e avaliação funcionando, que verifiquem se as metas e os objetivos definidos foram alcançados?
- 5.3.2.4 Dispõe de indicadores de desempenho do sistema estadual de saúde bem definidos, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite e informado oficialmente a todos os municípios?

Em caso afirmativo, esses indicadores de desempenho:

- 5.3.2.4.1 São coletados e analisados com base em normas e protocolos consistentes e sistemáticos?
- 5.3.2.4.2 São utilizados para a melhoria contínua do desempenho do sistema de saúde em todos os âmbitos (estadual, regional e municipal)?
- 5.3.2.4.3 Poderia dar um exemplo desses indicadores de desempenho em uso?
- 5.3.2.5 Dispõe de pessoal qualificado para a comunicação dos resultados de suas ações?

## Padrão

A Gestão Estadual do SUS possui capacidade institucional em:

### 5.3.3 Planejamento estratégico.

- Dispõe da capacidade institucional (recursos humanos, tecnológicos e financeiros) para implementar processos de planejamento em áreas estratégicas de saúde, com base em informação relevante e válida, mantendo bancos de dados atualizados e fidedignos.
- Formula e garante a viabilidade dos planos estratégicos, promovendo alianças com organizações governamentais e não-governamentais, para responder às necessidades de saúde da população.
- Garante as medidas necessárias para coordenar o planejamento e a colaboração com órgãos setoriais e extra-setoriais.
- Garante a articulação entre as esferas de Gestão Estadual e municipal para a coordenação efetiva da Agenda/Plano Operativo Anual.

### 5.3.3. A Gestão Estadual do SUS dispõe de capacidade institucional de planejamento estratégico?

A Gestão Estadual do SUS:

- 5.3.3.1 Possui recursos humanos e tecnológicos suficientes, com experiência e capacidades necessárias para a elaboração e a implementação de processos de planejamento estratégico?
- 5.3.3.2 Utiliza o planejamento estratégico como parte de suas atividades e operações?

Em caso afirmativo:

- 5.3.3.2.1 A Gestão Estadual do SUS realizou um processo de planejamento estratégico nos últimos dois (2) anos?

Em caso afirmativo, esse processo:

- 5.3.3.2.1.1 Definiu sua visão e a missão?
- 5.3.3.2.1.2 Analisou seus pontos fortes e fracos?
- 5.3.3.2.1.3 Identificou suas oportunidades e ameaças?
- 5.3.3.2.1.4 Definiu seus objetivos e estratégias?

5.3.3.2.1.5 Obteve êxito na formação de alianças com os municípios para a implementação desse plano estratégico?

5.3.3.2.1.6 Foi pactuado na CIB nos aspectos referentes à descentralização?

5.3.3.2.1.7 Realizou continuamente sua avaliação de forma interativa, sistemática e debateu essas informações na CIB?

5.3.3.2.2 Articula esse planejamento estratégico com órgãos setoriais e extra-setoriais?

### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS possui capacidade institucional em:

#### **5.3.4 Desenvolvimento organizacional.**

- Possui uma cultura, um processo e uma estrutura organizacional, cuja prática baseia-se na capacidade de mudança diante das transformações do ambiente externo.
- Facilita a participação e o acesso do seu próprio pessoal, dos trabalhadores de saúde municipais e dos membros do controle social na resolução dos problemas de saúde.
- Garante a existência de competências internas necessárias para tratar das relações interinstitucionais, do manejo de conflitos, do trabalho em equipe e do desenvolvimento institucional.

#### **5.3.4 A Gestão Estadual do SUS mantém um processo permanente de desenvolvimento organizacional próprio?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.3.4.1 Possui uma estrutura organizacional adequada à missão e aos objetivos da instituição e conhecida por seus servidores?

5.3.4.2 Possui cultura e estrutura organizacional preparadas para promover transformações contínuas e absorver conhecimentos, garantindo a adaptação de suas respostas às mudanças no meio externo?

Em caso afirmativo:

5.3.4.2.1 Examina continuamente a cultura e os processos da sua organização?

5.3.4.2.2 Realiza de forma contínua e sistemática uma avaliação do desempenho de toda a organização?

Em caso afirmativo:

5.3.4.2.2.1 Essa avaliação é utilizada para adequar suas respostas às mudanças no meio externo?

5.3.4.3 Define padrões de qualidade?

Em caso afirmativo:

5.3.4.3.1 Desenvolve as estratégias necessárias para alcançar esses padrões de qualidade?

5.3.4.3.2 Dispõe de recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para cumprir esses padrões de qualidade?

5.3.4.3.3 Mobiliza toda a sua estrutura organizacional para facilitar a implementação desses padrões de qualidade na prática habitual?

5.3.4.3.4 Dispõe de uma cultura organizacional que garanta a autonomia de seus trabalhadores e o desenvolvimento profissional ético e cidadão?

## **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS possui capacidade institucional em:

### **5.3.5 Gestão Financeira dos recursos.**

- Garante o funcionamento independente do Fundo Estadual de Saúde.
- Monitora o cumprimento do financiamento previsto na legislação para o setor saúde no estado.
- Possui capacidade para elaboração do orçamento da saúde com mecanismos que permitam a alocação eficiente dos recursos para o desenvolvimento de prioridades, metas e objetivos pactuados na Agenda/Plano Operativo Anual.

### **5.3.5 O Gestor Estadual do SUS dispõe de capacidade e autonomia de gestão dos recursos financeiros da saúde?**

O Gestor Estadual do SUS:

#### **5.3.5.1 Dispõe de autonomia e capacidade de gestão destes recursos?**

Em caso afirmativo:

5.3.5.1.1 Dispõe de capacidade institucional para gerir os recursos do Fundo Estadual de Saúde e de outras fontes com liberdade para realocar recursos em razão das prioridades e da necessidade de mudanças institucionais?

Em caso afirmativo:

5.3.5.1.1.1 Poderia dar um exemplo de realocação de recursos no último ano?

5.3.5.1.1.2 Dispõe de pessoal especializado, recursos físicos e tecnológicos para elaborar e executar o orçamento?

5.3.5.1.1.3 Dispõe de pessoal especializado, recursos físicos e tecnológicos para gerir os recursos financeiros?

## **Indicador**

### **5.4 Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Dispõe de capacidade e experiência necessárias para negociar com outras secretarias no estado, com outros estados, com a União e com agências de cooperação internacional.
- Dispõe de capacidade e experiência necessárias, para elaboração e implementação de projetos específicos de curto prazo, bem como de programas de médio e longo prazos.
- Dispõe de informação sobre as necessidades e as alternativas de cooperação e tem uma atitude proativa em relação aos projetos de cooperação.
- Está em condições de desenvolver programas de cooperação que possam ser avaliados sistematicamente em conjunto com suas contrapartes.

#### **5.4.1 A Gestão Estadual do SUS possui recursos e capacidade para conduzir, negociar e realizar processos de cooperação na área de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

5.4.1.1 Dispõe de recursos humanos, financeiros e tecnologia necessária para buscar oportunidades de coope-

ração, permitindo atender melhor às prioridades estaduais de saúde?

5.4.1.2 Tem conhecimento das políticas, das prioridades, das condições e dos requisitos que os diferentes organismos de cooperação internacional possuem para a alocação de recursos?

5.4.1.3 Dispõe da capacidade necessária para o desenvolvimento de projetos de cooperação com outras secretarias no estado, com outros estados e com a União?

Em caso afirmativo, a SES é proativa e coordena o:

5.4.1.3.1 Desenvolvimento de amplos programas de cooperação com o Ministério da Saúde e com outras instituições nacionais?

5.4.1.3.2 Desenvolvimento específico de projetos de cooperação de curto prazo?

5.4.1.3.3 Desenvolvimento de projetos de cooperação com outros Estados e com o CONASS?

5.4.1.4 Realiza a avaliação sistemática de todo projeto de cooperação com os seus parceiros?

Em caso afirmativo:

5.4.1.4.1 Dispõe de profissionais em todos os níveis do sistema público de saúde capazes de participar dessa avaliação?

## Indicador

### 5.5 Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS.

#### Padrão

A Secretaria Estadual de Saúde:

- Assessora e coopera tecnicamente com os municípios no desenvolvimento das políticas e do planejamento e na gestão das ações de saúde.
- Apóia e estimula os processos de planejamento nos municípios, integrados com outras iniciativas locais e comunitárias que tenham impacto na saúde da população.
- Apóia o desenvolvimento do sistema público de saúde nos municípios e estimula a troca de experiências e a comunicação entre os Gestores Municipais, assegurando o funcionamento permanente dos órgãos colegiados de gestão.
- Formaliza parcerias com instituições de formação de recursos humanos para melhorar a capacidade de gestão municipal.

#### 5.5.1 A Secretaria Estadual de Saúde apóia e coopera tecnicamente com os municípios para o desenvolvimento de políticas, o planejamento e a gestão da saúde?

Esse apoio inclui:

5.5.1.1 Treinamento em métodos efetivos de planejamento em saúde?

5.5.1.2 Treinamento em métodos para a definição de políticas de saúde?

5.5.1.3 Treinamento em métodos que busquem garantir a continuidade no desenvolvimento de políticas, o planejamento e a gestão do sistema público de saúde?

Em caso afirmativo:

5.5.1.3.1 Dispõe de programas de treinamento para melhorar a capacidade institucional da gestão municipal?

5.5.1.3.2 Oferece treinamento em serviço para o planejamento e a gestão do SUS?

5.5.1.3.3 Formaliza parcerias com as instituições formadoras de recursos humanos e outras organizações que ofereçam capacitação para melhorar a capacidade institucional de gestão dos Municípios?

5.5.1.3.4 Dispõe de um programa de educação permanente para apoiar a gestão municipal do SUS?

5.5.1.4 Estímulo à utilização de estratégias efetivas de identificação de problemas e sua priorização?

5.5.1.5 Recursos humanos e financeiros para os municípios em suas atividades de planejamento estratégico?

5.5.1.6 Cooperação para o enfrentamento dos problemas priorizados?

5.5.1.7 Estímulo à integração do planejamento municipal da saúde com as iniciativas locais de outros setores?

5.5.1.8 Fortalecimento dos processos de gestão descentralizada e colegiada do SUS?

5.5.1.9 Assessoria contínua com pessoal especializado e recursos tecnológicos para a melhoria da gestão nos municípios?

### **5.5.2 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de instrumentos e mecanismos para detectar de forma rápida e precisa as necessidades de melhoria da gestão municipal?**

Esses instrumentos e mecanismos favorecem:

5.5.2.1 A detecção de deficiências nas capacidades de gestão?

5.5.2.2 A resposta rápida diante de deficiências relevantes?

5.5.2.3 Poderia mencionar um exemplo específico desses mecanismos que tenham sido implementados nos últimos 12 meses?

## **Fesp/SUS n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- A capacidade para desenvolver e implantar o marco regulatório no âmbito do estado.
- A capacidade de gerar novas leis e regulamentações para assegurar a qualidade dos serviços de saúde e promover ambientes saudáveis.
- A proteção dos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde.
- A execução de fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa.

### **Indicador**

#### **6.1 Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório.**

##### **Padrão**

Autoridade Sanitária Estadual:

- Revisa oportunamente – baseando-se no melhor conhecimento disponível, estadual, nacional e internacional – o marco legal vigente para proteger a saúde da população e promover ambientes saudáveis.
- Elabora e propõe normas, portarias e resoluções complementares de interesse para o estado.
- Propõe a atualização da redação e do conteúdo da normatização para garantir que ela espelhe o conhecimento científico atual em saúde, as novas demandas das políticas e da gestão, bem como a correção dos efeitos não desejados que a legislação possa causar.
- Consulta legisladores, assessores jurídicos e público em geral, especialmente pessoas e organizações diretamente afetadas pela legislação que está sendo atualizada.
- Acompanha as propostas legislativas durante sua etapa de discussão, assessorando os legisladores.

##### **6.1.1 A Autoridade Sanitária Estadual dispõe de especialistas na redação de leis e regulamentações voltadas à proteção da saúde da população?**

A Autoridade Sanitária Estadual dispõe de:

6.1.1.1 Assessoria jurídica própria com experiência na elaboração de leis, decretos, portarias e resoluções?

6.1.1.2 Assessoria jurídica externa para a mesma finalidade da pergunta anterior?

6.1.1.3 Pessoal capacitado nos procedimentos legislativos e técnicos relativos à adoção, à emenda e à rejeição de leis e regulamentações de saúde?

##### **6.1.2 A Autoridade Sanitária Estadual revisa o marco legal para a proteção da saúde e da segurança da população?**

Essa revisão:

6.1.2.1 Inclui projetos de lei?

6.1.2.2 Considera a coerência da legislação com o conhecimento científico existente em saúde?

6.1.2.3 Considera o impacto esperado quanto aos efeitos adversos dessas leis e regulamentações?

6.1.2.4 É realizada de forma oportuna?



6.1.2.5 É realizada periodicamente após as Conferências Estaduais de Saúde?

6.1.2.6 Ajusta o Código Sanitário Estadual à Lei nº 8.080 e à Lei nº 8.142?

### **6.1.3 A Autoridade Sanitária Estadual solicita subsídio para a avaliação do marco legal de saúde?**

Solicita subsídios da(o):

6.1.3.1 Secretarias Municipais de Saúde e do Cosems?

6.1.3.2 Conselho Estadual de Saúde?

6.1.3.3 Associações de usuários e grupos de interesse?

6.1.3.4 Assembléia Legislativa?

6.1.3.5 Instituições de ensino e pesquisa?

6.1.3.6 Ministério Público?

6.1.3.7 Ministério da Saúde?

6.1.3.8 Sindicatos e associações profissionais?

### **6.1.4 A Autoridade Sanitária Estadual coordena ações para modificar as leis e as regulamentações de acordo com os resultados da revisão?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.1.4.1 Disponibiliza assessoria e apoio aos legisladores, ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite para a redação das modificações legais necessárias?

6.1.4.2 É proativa para possibilitar as modificações legais necessárias à proteção da saúde e da segurança da população?

## **Indicador**

### **6.2 Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do Estado as leis e as normas do SUS.**

#### **Padrão**

A Autoridade Sanitária Estadual:

- Realiza as atividades de fiscalização, controle e auditoria em saúde, em sua área de jurisdição, de acordo com a normatização do SUS.
- Coordena os setores envolvidos na fiscalização a fim de aumentar a eficiência e o âmbito da ação.
- Possui mecanismos para monitorar e corrigir abusos de poder ou falta de exercício da fiscalização sob pressão de grupos influentes.
- Adota uma atitude fiscalizadora centrada mais na educação e na prevenção das transgressões que na sanção pelas faltas cometidas.
- Promove, conjuntamente aos municípios, o cumprimento da normatização relacionada à saúde por meio da educação e da informação dos consumidores e da integração das atividades de fiscalização, controle e auditoria com o restante das ações de saúde.
- Desenvolve uma política de prevenção da corrupção que possa ser inserida de forma prática nas atividades de fiscalização e avaliada periodicamente por entes independentes para introduzir correções com base nos resultados.

### **6.2.1 A Autoridade Sanitária Estadual desenvolve processos sistemáticos para fazer cumprir as leis e as normas existentes?**

Nesses processos:

6.2.1.1 Desenvolve instrumentos para as atividades de fiscalização e auditoria em saúde?

6.2.1.2 Organiza os serviços de auditoria e fiscalização dentro da estrutura da Secretaria Estadual de Saúde e seus profissionais estão enquadrados no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do SUS?

6.2.1.3 A Autoridade Sanitária Estadual faz acompanhamento das práticas de fiscalização e auditoria nos limites da lei?

Em caso afirmativo:

6.2.1.3.1 Existe mecanismo de controle formal das práticas de abuso de poder nas ações de fiscalização e na auditoria?

6.2.1.3.2 Monitora o cumprimento das diretrizes para a fiscalização e a auditoria?

6.2.1.4 A Autoridade Sanitária Estadual possui uma instância de recurso para corrigir o abuso de poder?

6.2.1.5 A Autoridade Sanitária Estadual tem formalmente designados os responsáveis pela auditoria e pela fiscalização e proporciona a identificação profissional destes?

6.2.1.6 A Autoridade Sanitária Estadual monitora a oportunidade e a efetividade da fiscalização e da auditoria?

### **6.2.2 A Autoridade Sanitária Estadual divulga as leis e as normas de saúde e estimula seu cumprimento?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.2.2.1 Divulga a importância do cumprimento de leis, normas, do Código Sanitário e dos procedimentos aplicáveis para esse fim?

6.2.2.2 Dispõe de procedimentos preestabelecidos para informar as pessoas e as organizações que serão afetadas pelas leis e pelas normas de saúde?

6.2.2.3 Dispõe de um sistema de fomento para favorecer o cumprimento das normas?

Em caso afirmativo:

6.2.2.3.1 Isso inclui a certificação de qualidade relativa ao cumprimento do Código Sanitário?

### **6.2.3 A Autoridade Sanitária Estadual desenvolve e utiliza políticas para prevenir a corrupção no sistema de saúde?**

Essa política:

6.2.3.1 É formalizada e aprovada no Conselho Estadual de Saúde?

6.2.3.2 É compartilhada com o Ministério Público Estadual e Federal?

6.2.3.3 Contempla medidas para evitar as manipulações de grupos de pressão externos à política do SUS?

6.2.3.4 Dispõe de mecanismos de advertência e sanções às práticas ilegais em matéria de fiscalização, controle e auditoria?

Em caso afirmativo:

6.2.3.4.1 A SES tem programas para divulgação desses mecanismos aos seus servidores?

## Indicador

### **6.3 Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório.**

#### **Padrão**

A Autoridade Sanitária Estadual:

- Dispõe de uma assessoria competente com conhecimento sobre procedimentos de regulamentação relacionados com adoção, correção e revogação das normas do sistema de saúde.
- Garante a disponibilidade de mecanismos e recursos para fazer cumprir as leis e as normas vigentes.
- Avalia periodicamente o nível de conhecimentos e competências estaduais e a capacidade para revisar e fazer cumprir as leis e as normas de saúde.

#### **6.3.1 A Autoridade Sanitária Estadual possui capacidade institucional suficiente para exercer as funções normativas, de auditoria, de controle e de fiscalização que lhe competem?**

A Autoridade Sanitária Estadual dispõe de:

6.3.1.1 Assessoria competente para o desenvolvimento do marco regulatório e para a elaboração de normas e atos legais?

6.3.1.2 Recursos e pessoal com conhecimentos e habilidades para exercer as funções de fiscalização, controle e auditoria em saúde?

Em caso afirmativo:

6.3.1.2.1 Existe pessoal suficiente e qualificado para exercer as funções normativas, de fiscalização, de controle e de auditoria em saúde?

6.3.1.2.2 Existem instalações físicas, equipamentos e recursos de informática suficientes?

6.3.1.2.3 Existem recursos financeiros suficientes?

#### **6.3.2 A Autoridade Sanitária Estadual dispõe de mecanismos e recursos para fazer cumprir as leis e as normas?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.3.2.1 Está estruturada para exercer a função de fiscalização de controle e auditoria de sua competência?

6.3.2.2 Possui recursos humanos qualificados e recursos financeiros suficientes para fiscalização sanitária?

6.3.2.3 Possui recursos humanos qualificados e recursos financeiros suficientes para o controle e a auditoria?

6.3.2.4 Possui recursos de infra-estrutura para cumprir a norma?

6.3.2.5 Dispõe de instrumentos, rotinas e protocolos para o pessoal de fiscalização, controle e auditoria realizar seu trabalho?

Em caso afirmativo, esses instrumentos:

6.3.2.5.1 Incluem orientação sobre o marco regulatório?

6.3.2.5.2 Incluem a definição de prioridades para a fiscalização e a auditoria em situações específicas?

#### **6.3.3 A Autoridade Sanitária Estadual garante processo de qualificação permanente para o pessoal de controle, auditoria e fiscalização?**

Nesse processo:

6.3.3.1 Os novos servidores da área têm informação e orientação suficientes sobre controle, auditoria e fiscalização?

6.3.3.2 Os cursos de treinamento estão disponíveis atualmente?

6.3.3.3 Os cursos incluem boas práticas de controle, auditoria e fiscalização?

6.3.3.4 É garantido que a educação permanente, incluindo cursos de pós-graduação *lato sensu* para o pessoal de controle, auditoria e fiscalização seja realizada regularmente?

6.3.3.5 Os auditores e os fiscais são treinados em comunicação interpessoal e em segurança pessoal como, por exemplo, aprender a lidar com situações e pessoas difíceis?

#### **6.3.4 A Autoridade Sanitária Estadual avalia sua capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.3.4.1 Tem progredido em sua capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria?

6.3.4.2 Poderia mencionar um exemplo de progresso no marco regulatório existente?

#### **Indicador**

### **6.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização.**

#### **Padrão**

A Autoridade Sanitária Estadual:

- Orienta e apóia os Municípios para o melhor cumprimento das leis e das normas vigentes.
- Elabora protocolos, responde a consultas, assessora e capacita os municípios quanto aos melhores procedimentos e práticas de auditoria, controle e fiscalização.
- Apóia os municípios em operações de controle, auditoria e fiscalização de maior dificuldade ou complexidade.
- Avalia periodicamente o apoio e a assistência técnica prestada aos Municípios nos serviços de controle, auditoria e fiscalização.
- Introduz melhorias com base nos resultados dessas avaliações.

#### **6.4.1 A Autoridade Sanitária Estadual coopera com os Municípios para a regulamentação da saúde?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.4.1.1 Assessora os municípios na elaboração e/ou na atualização do Código Sanitário Municipal?

6.4.1.2 Assessora os municípios na elaboração de leis e outras normas para regulamentação do sistema municipal de saúde?

6.4.1.3 Apóia os municípios com capacitações em processos de regulamentação?

6.4.1.4 Disponibiliza pessoal especializado para apoiar os municípios no desenvolvimento dessas normas?

#### **6.4.2 A Autoridade Sanitária Estadual orienta e apóia os municípios nas questões de controle, auditoria e fiscalização em saúde no âmbito de sua competência?**

A Autoridade Sanitária Estadual:

6.4.2.1 Disponibiliza aos municípios protocolos que relacionam boas práticas de controle, auditoria e fiscalização?

6.4.2.2 Assessora os municípios em matéria de implementação de ações e procedimentos de controle, auditoria e fiscalização?

6.4.2.3 Apóia os municípios com treinamento em procedimentos de controle, auditoria e fiscalização?

6.4.2.4 Assessora os municípios com pessoal especializado para enfrentar operações de controle, auditoria e fiscalização complexas?

6.4.2.5 Avalia periodicamente a cooperação técnica prestada aos municípios para apoiar as ações de controle, auditoria e fiscalização de leis e normas de saúde?

Em caso afirmativo:

6.4.2.5.1 Busca aperfeiçoar as ações de assessoria técnica com base nos resultados dessas avaliações?

## **Fesp/SUS n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- A promoção e a garantia da equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde.
- O desenvolvimento de ações para superar barreiras de acesso às intervenções de prevenção e promoção da saúde e para garantir o acesso aos serviços de assistência à saúde, até mesmo com medidas de discriminação positiva, a fim de reduzir as iniquidades.
- O monitoramento e a avaliação do acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando um enfoque que permita reduzir a desigualdade na oferta dos serviços entre as regiões do estado e os municípios.
- A coordenação do sistema estadual de saúde com o desenvolvimento de estratégias de organização de redes em estreita colaboração com os municípios para promover a garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.

### **Indicador**

#### **7.1 Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde.**

##### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Conduz, anualmente, a avaliação do acesso aos serviços de atenção básica e de média e alta complexidade prestados à população do estado.
- Realiza a regulação da referência interestadual e intermunicipal da demanda aos serviços de saúde e, em colaboração com os municípios, avalia os sistemas municipais quanto à oferta de ações e serviços de saúde.
- Identifica as causas e os efeitos das barreiras de acesso e define as melhores práticas para reduzir essas barreiras, garantindo a universalidade e aumentando a equidade no acesso aos serviços de atenção à saúde.
- Utiliza os resultados da avaliação para a promoção da garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde para toda a população do estado.

##### **7.1.1 A Gestão Estadual do SUS conduz uma avaliação em todo o estado, com base municipal, do acesso às ações e aos serviços de Atenção Primária?**

Essa avaliação:

7.1.1.1 Inclui indicadores para avaliar o acesso?

7.1.1.2 É baseada na definição prévia de um conjunto de ações que integra a Atenção Primária que deve estar acessível a toda a população no próprio município?

7.1.1.3 É baseada em metas e pactos anteriormente estabelecidos?

7.1.1.4 É realizada em conjunto com os municípios?

Em caso afirmativo, é realizada em colaboração com:

7.1.1.4.1 As Regionais de Saúde?

7.1.1.4.2 Outras entidades governamentais?

7.1.1.4.3 A Comissão Intergestores Bipartite?

7.1.1.4.4 Os Conselhos Municipais de Saúde?

7.1.1.5 É realizada anualmente?

### **7.1.2 A Gestão Estadual do SUS conduz uma avaliação em todo o estado, com base municipal, do acesso às ações e aos serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade?**

A avaliação é realizada em conjunto com os municípios e:

7.1.2.1 É baseada em uma programação pactuada da assistência de média e alta complexidade?

7.1.2.2 Inclui os problemas relacionados com a regulação do acesso?

7.1.2.3 Inclui a cobertura de serviços assistenciais à saúde realizada por prestadores privados da assistência médica suplementar?

7.1.2.4 Considera a distância do estabelecimento de saúde mais próximo do local de residência do paciente?

7.1.2.5 É realizada anualmente?

7.1.2.6 É realizada de forma regionalizada?

7.1.2.7 É realizada em colaboração com a Comissão Intergestores Bipartite?

7.1.2.8 É realizada em colaboração com entidades representativas do setor privado?

7.1.2.9 É realizada em colaboração com a Funasa, no caso da saúde indígena?

7.1.2.10 É realizada em colaboração com os Conselhos Municipais de Saúde?

7.1.2.11 É realizada em colaboração com o Conselho Estadual de Saúde?

### **7.1.3 A Gestão Estadual do SUS identifica as barreiras de acesso aos serviços de assistência à saúde?**

O processo de identificação de barreiras contempla:

7.1.3.1 Idade?

7.1.3.2 Gênero?

7.1.3.3 Etnia?

7.1.3.4 Cultura e crenças?

7.1.3.5 Religião?

7.1.3.6 Analfabetismo?

7.1.3.7 Orientação sexual?

7.1.3.8 Incapacidade física?

7.1.3.9 Incapacidade mental?

7.1.3.10 Escolaridade?

7.1.3.11 Renda ou pobreza?

7.1.3.12 Pagamento por desembolso direto ou por meio de empresa/operadora?

7.1.3.13 Diagnóstico?

7.1.3.14 Residência por porte do município?

7.1.3.15 Distância para o município-pólo?

7.1.3.16 Meio de transporte?

7.1.3.17 A demanda reprimida por parte do município sede do serviço de saúde?

7.1.3.18 Inclusão de instrumentos e metodologias capazes de detectar desigualdades (triagem adequada dos

dados, amostras para incluir os grupos mais vulneráveis, etc.)?

7.1.3.19 Utilização de instrumentos e mecanismos para reduzi-las, aumentando a equidade no acesso aos serviços de saúde?

Em caso afirmativo:

7.1.3.19.1 Divulga, recomenda e envolve os municípios na adoção desses instrumentos e desses mecanismos?

#### **7.1.4 A Gestão Estadual do SUS utiliza os resultados da avaliação do acesso aos serviços de saúde para promover a revisão da programação da assistência, da regionalização e da organização das redes assistenciais e para a definição de novos investimentos?**

A Gestão Estadual do SUS:

7.1.4.1 Promove anualmente, a partir da avaliação, a revisão da programação da assistência, da regionalização e da organização das redes?

7.1.4.2 Prioriza com base na avaliação, os investimentos para a ampliação da oferta das ações e dos serviços de saúde?

7.1.4.3 Elabora e implementa, a partir da avaliação, novas diretrizes e normas para garantir o acesso equitativo para toda a população?

#### **Indicador**

### **7.2 Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Elabora em conjunto com os municípios o plano de regionalização e a programação da assistência e garante seu cumprimento e sua atualização.
- Define os novos investimentos para a ampliação da rede, a revisão da participação atual e a inclusão de novos prestadores de serviços de saúde no sistema em razão da programação da assistência e do plano de regionalização.
- Avalia periodicamente a experiência e a capacidade de garantir o acesso da população aos serviços de saúde e também implementa melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

#### **7.2.1 A Gestão Estadual do SUS dispõe de pessoal capacitado no desenvolvimento de instrumentos de planejamento e programação necessários à elaboração e ao gerenciamento da assistência, da organização das redes e do plano de regionalização?**

A SES dispõe de pessoal capacitado em:

7.2.1.1 Planejamento e programação de saúde capaz de elaborar e atualizar o plano de regionalização e a organização da rede?

7.2.1.2 Regulação da atenção à saúde?

Em caso afirmativo:

7.2.1.2.1 Na organização da regulação da referência intermunicipal e interestadual?

7.2.1.2.2 Na execução da regulação da referência intermunicipal e interestadual?

7.2.1.2.3 Na assessoria à implantação da regulação municipal?





### **7.2.2 A Gestão Estadual do SUS dispõe de capacidade para definir investimentos e a ampliação e/ou a realocação da oferta de ações e serviços de saúde em razão da programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes?**

A SES dispõe de pessoal com experiência e capacidade em:

7.2.2.1 Utilizar a programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes como instrumentos de planejamento?

7.2.2.2 Priorizar as revisões da programação da assistência, do plano de regionalização e da organização das redes, no sentido de beneficiar as populações com maior restrição de acesso?

7.2.2.3 Desenvolver desenhos adequados de redes a fim de garantir a integralidade da assistência?

7.2.2.4 Priorizar os investimentos no sentido de oferecer serviços o mais próximo possível do local de residência das pessoas?

7.2.2.5 Negociar com os municípios a inclusão de novos serviços no sistema a fim de ampliar o acesso equitativo a toda a população?

7.2.2.6 Apoiar os municípios na implementação de métodos de Gestão do Sistema Municipal de saúde para promover o acesso universal e integral aos serviços?

A Gestão Estadual do SUS:

7.2.2.7 Apóia os municípios técnica e financeiramente no sentido de ampliar a oferta para priorizar populações com restrição de acesso?

7.2.2.8 Negocia com as fontes financiadoras a obtenção de mais recursos e pactua sua alocação na Comissão Intergestores Bipartite, com vistas à redução da desigualdade de oferta de serviços existente entre as regiões e os municípios para garantir o acesso universal e equitativo a toda população?

### **7.2.3 A Gestão Estadual do SUS avalia periodicamente sua experiência e capacidade para garantir, de forma efetiva, o acesso equitativo e universal aos serviços de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

7.2.3.1 Introduz mudanças com base nos resultados dessas avaliações?

Em caso afirmativo, dispõe de pessoal capacitado nessas questões:

7.2.3.1.1 no nível central?

7.2.3.1.2 Nas Regionais de Saúde?

7.2.3.1.3 Nas cidades-pólo?

#### **Indicador**

### **7.3 Instrumentos e mecanismos políticos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Informa aos tomadores de decisão, tais como: membros da CIB, do CES e da Assembléia Legislativa, sobre as restrições ao acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- Apóia a participação de entidades representativas dos usuários no processo de defesa para melhorar o acesso aos serviços de saúde no estado.
- Propõe leis e estabelece normas complementares e/ou específicas para garantir o acesso universal e



- equitativo aos serviços de saúde, priorizando os grupos mais vulneráveis.
- Dá especial atenção à coordenação com as universidades ou outras instituições que preparam os profissionais e os técnicos de saúde para orientar a formação de recursos humanos com conhecimentos e habilidades para favorecer o acesso aos serviços de saúde coletivos e individuais.
  - Utiliza o conhecimento científico em saúde coletiva para o desenvolvimento de políticas que promovam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
  - Identifica as falhas na distribuição dos recursos humanos para alcançar as populações sem cobertura e define estratégias para promover a superação dessas carências de cobertura.

### **7.3.1 A Gestão Estadual do SUS trabalha em conjunto com os representantes dos setores organizados da sociedade para superar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

7.3.1.1 Informa aos membros do CES, da CIB e aos Gestores Municipais sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde?

7.3.1.2 Estabelece e mantém relações formais com organizações representativas de usuários com o objetivo de enfrentar problemas de acesso a serviços de saúde?

7.3.1.3 Propõe leis, estabelece normas e adota políticas que garantam o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde a toda a população, priorizando os grupos mais vulneráveis?

7.3.1.4 Trabalha em parceria com universidades e outras instituições formadoras de profissionais de saúde, para aumentar a disponibilidade de recursos humanos adequados às necessidades do sistema estadual de saúde?

7.3.1.5 Inclui os profissionais de saúde de todos os níveis em programas de educação permanente para superar as barreiras de acesso?

### **7.3.2 A Gestão Estadual do SUS executa ações diretas para melhorar o acesso aos serviços de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

7.3.2.1 Identifica municípios e regiões que tendo por base a programação da assistência e o plano de regionalização apresentam carência de oferta de serviços e adota medidas para sanar esta carência?

7.3.2.2 Identifica áreas com falta de profissionais e adota medidas de apoio à fixação de prestadores de serviço nessas áreas a fim de melhorar o acesso aos serviços?

7.3.2.3 Identifica municípios e regiões com déficit de recursos humanos necessários para assistir à sua população?

7.3.2.4 Identifica e implementa estratégia para corrigir as falhas na distribuição dos recursos humanos?

7.3.2.5 Identifica e apóia experiências municipais bem-sucedidas em termos de intervenções para aumentar o acesso aos serviços de saúde?

Em caso afirmativo:

7.3.2.5.1 Utiliza a informação obtida com essas experiências para a tomada de decisões políticas referentes a essa questão?

7.3.2.6 Avalia a efetividade das medidas adotadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde?

7.3.2.7 Estabelece fomentos para estimular os municípios a reduzir a desigualdade no acesso aos serviços?

Em caso afirmativo, incluem:

7.3.2.7.1 Atenção básica?

7.3.2.7.2 Assistência de média e alta complexidade?

7.3.2.8 Apóia o Conselho Estadual e os Municipais de Saúde para auxiliar a população a desenvolver ações políticas voltadas à cobrança e à fiscalização do acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde?

## Indicador

### **7.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para promover e garantir o acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Identifica as necessidades de acesso das pessoas que encontram barreiras para satisfazer às suas necessidades de saúde e as características da oferta de serviços.
- Cria e divulga mensagens públicas destinadas a informar aos residentes dos Municípios sobre a disponibilidade dos serviços de saúde.
- Contribui na organização, na gestão e na regulação do acesso no sistema municipal de saúde no sentido de garantir o acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde.
- Colabora com os municípios na implementação de programas complementares que permitem atrair os grupos com riscos e necessidades especiais de saúde aos serviços.
- Apóia técnica e financeiramente o município na ampliação da oferta de serviços de saúde.

#### **7.4.1 A Gestão Estadual do SUS apóia os municípios na organização, na gestão e na regulação do acesso no sistema municipal de saúde para garantir o acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde?**

A Gestão Estadual do SUS coopera com o conjunto dos municípios:

7.4.1.1 Na elaboração e na implementação do Plano Municipal de Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde?

Em caso afirmativo:

7.4.1.1.1 Auxilia os municípios a exercerem o controle sobre os prestadores públicos e/ou privados na prestação de serviços a sua população?

7.4.1.1.2 Auxilia os municípios a criarem e a veicularem mensagens informando o público sobre a disponibilidade de serviços?

7.4.1.2 Na identificação das necessidades não atendidas?

7.4.1.3 Na identificação de barreiras para a população acessar os serviços de saúde?

7.4.1.4 n. desenvolvimento de estratégias para eliminar ou reduzir essas barreiras?

7.4.1.5 Técnica e financeiramente na ampliação da oferta de serviços de saúde?

## **Fesp/SUS n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos (RH)**

### **Definição**

Esta função inclui:

- O diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado.
- A educação, a capacitação e a avaliação de RH em saúde para qualificação de gestão, gerência e prestação de serviços no SUS.
- A formação de parcerias com instituições de ensino para a implementação e a reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, a gerência e a prestação de serviços no SUS.
- O desenvolvimento da capacidade institucional para a administração de RH.
- A formação ética dos RH em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS.
- O apoio e a cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente.

### **Indicador**

#### **8.1 Análise da situação da força de trabalho em saúde no estado.**

##### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Mantém um registro atualizado dos postos de trabalho ocupados e vagos nas SES.
- Conduz, no mínimo a cada dois anos, uma avaliação do número, do tipo, da distribuição geográfica, da faixa salarial, dos requisitos mínimos de educação, da qualificação, do recrutamento, da fixação do pessoal da rede pública e, a cada quatro anos, do conjunto dos trabalhadores da saúde.
- Estima as futuras necessidades da força de trabalho em termos quantitativos e qualitativos e formula propostas para supri-las, em parceria com os municípios e as instituições formadoras.

##### **8.1.1 A Gestão Estadual do SUS, em parceria com os municípios e as instituições formadoras, define as necessidades atuais de Recursos Humanos em saúde?**

A Gestão Estadual do SUS define:

8.1.1.1 A quantidade de RH necessária para exercer as funções de gestão e gerência no sistema e nos serviços públicos de saúde no estado?

Em caso afirmativo, essa definição existe:

8.1.1.1.1 Em âmbito estadual?

8.1.1.1.2 Em âmbito regional?

8.1.1.1.3 Em âmbito municipal?

8.1.1.2 O perfil dos RH necessários para exercer as funções de gestão e gerência no sistema e nos serviços públicos de saúde no estado?

Em caso afirmativo, o perfil existe para:

8.1.1.2.1 O âmbito estadual?

8.1.1.2.2 O âmbito regional?

8.1.1.2.3 O âmbito municipal?

8.1.1.3 As competências necessárias para exercer as funções relativas à atenção à saúde no SUS Estadual?

Em caso afirmativo, as competências necessárias estão definidas para:

8.1.1.3.1 Vigilância à saúde?

8.1.1.3.2 Atenção Primária à Saúde?

8.1.1.3.3 Atenção especializada à saúde?

### **8.1.2 A Gestão Estadual do SUS identifica as falhas a serem corrigidas em matéria de composição e disponibilidade da força de trabalho, em parceria com as instituições formadoras?**

A Gestão Estadual do SUS:

8.1.2.1 Possui critérios para estimar as necessidades futuras de Recursos Humanos em saúde?

8.1.2.2 Compara as necessidades futuras com as atuais?

8.1.2.3 Planeja medidas para reduzir as falhas existentes?

### **8.1.3 A Gestão Estadual do SUS avalia periodicamente a caracterização da força de trabalho existente na rede pública no estado, em parceria com os municípios e com o setor formador?**

A Gestão Estadual do SUS tem acesso contínuo e automático aos dados relativos a:

8.1.3.1 Estrutura de remunerações e outros benefícios pecuniários da força de trabalho da rede pública no estado?

8.1.3.2 Distribuição geográfica da força de trabalho em saúde?

8.1.3.3 Distribuição da força de trabalho em saúde de acordo com a natureza da instituição empregadora: pública, filantrópica, privada e organizações não-governamentais?

8.1.3.4 Escolaridade para postos de trabalho específicos?

8.1.3.5 Competências necessárias para postos de trabalho específicos?

Em caso afirmativo, avalia:

8.1.3.5.1 As competências existentes para trabalhar com as diferenças de etnia e gênero?

Em caso afirmativo:

8.1.3.5.1.1 Define estratégias para a obtenção dessa força de trabalho?

8.1.3.6 A Gestão Estadual do SUS possui um sistema de informação para gerenciar as variáveis descritas anteriormente?

### **8.1.4 A Secretaria Estadual de Saúde mantém um inventário atualizado com base em um perfil pre-determinado dos postos de trabalho necessários para desempenhar suas funções?**

Este inventário inclui:

8.1.4.1 A definição prévia do perfil dos postos?

8.1.4.2 A definição de prioridades para preencher as vagas?

8.1.4.3 A análise completa dos postos ocupados e vagos?

8.1.4.4 A análise dos postos ocupados e vagos dos servidores descentralizados?

8.1.4.5 Uma estimativa dos postos de trabalho das Secretarias Municipais de Saúde?

8.1.4.6 Uma estimativa de áreas de crescimento futuro?

### **8.1.5 A Gestão Estadual do SUS envolve outras instituições na avaliação da quantidade e da qualidade da força de trabalho?**

Estão entre essas instituições:

- 8.1.5.1 O Ministério da Saúde?
- 8.1.5.2 O Ministério da Educação e outros órgãos federais afins?
- 8.1.5.3 As Secretarias Municipais de Saúde?
- 8.1.5.4 Universidades e outras instituições formadoras?
- 8.1.5.5 Organizações não-governamentais da área da saúde?
- 8.1.5.6 Associações, Sindicatos e Conselhos profissionais da área da saúde?
- 8.1.5.7 Conselho Estadual de Saúde?
- 8.1.5.8 Conselhos Municipais de Saúde?
- 8.1.5.9 Secretaria Estadual de Educação?
- 8.1.5.10 Secretaria Estadual do Trabalho?

#### **Indicador**

## **8.2 Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no Estado.**

### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Garante que os seus trabalhadores de saúde possuam o nível educacional e a certificação de estudos consoantes com o que a lei estabelece.
- Coordena programas de capacitação e educação permanente em serviço ou fora dele.
- Avalia periodicamente o desempenho dos programas de capacitação e educação permanente para a melhoria dos Recursos Humanos em saúde.
- Propõe e implementa planos voltados à melhoria da qualidade da força de trabalho em saúde em todo o estado.
- Desenvolve ações permanentes de seleção e recrutamento internos de trabalhadores com perfil para o exercício da gestão e da gerência, capacitando-os e incentivando sua permanência na instituição;
- Apóia e busca garantir que os trabalhadores de saúde do SUS possuam a qualificação necessária à gestão, à gerência e à prestação de serviços de saúde no SUS.
- Colabora com instituições formadoras para recomendar diretrizes curriculares para programas de formação.

### **8.2.1 A Gestão Estadual do SUS, em parceria com os municípios e com as instituições formadoras, desenvolve estratégias para a melhoria da qualidade da força de trabalho?**

A Gestão Estadual do SUS:

8.2.1.1 Dispõe de critérios pactuados na CIB e no CES para a qualificação a ser exigida no processo de contratação de Recursos Humanos em saúde?

Em caso afirmativo:

8.2.1.1.1 Avalia o cumprimento desses critérios nos processos de contratação em todo o estado?

8.2.1.2 Dispõe de políticas que permitam garantir capacitação adequada a suas responsabilidades para os profissionais e os trabalhadores de saúde da SES?

8.2.1.3 Colabora e atua para desenvolver um currículo básico de saúde pública/coletiva em parceria com instituições formadoras e sociedades científicas?

8.2.1.4 Incentiva a participação da força de trabalho de saúde em atividades de educação permanente que permitam melhorar a qualidade de seu desempenho?

8.2.1.5 Oferece ou coordena treinamento para a os trabalhadores de saúde no estado que ingressam na carreira?

8.2.1.6 Dispõe de estratégias que permitam avaliar a efetividade de suas políticas de recrutamento e fixação no emprego, além das condições de trabalho, na rede pública do estado, no mínimo a cada três anos?

8.2.1.7 Incentiva e apóia a criação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?

8.2.1.8 Desenvolve e implementa planos para a formação ética, incluindo os aspectos de bioética, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade e respeito à dignidade humana?

8.2.1.9 Desenvolve e implementa planos de ação para melhorar a qualidade e a capacidade de resolução de problemas da força de trabalho de saúde no estado?

Em caso afirmativo:

8.2.1.9.1 Avalia periódica e sistematicamente esses planos?

## **8.2.2 Desenvolve estratégias para fortalecer a capacidade de gerência e liderança?**

A SES:

8.2.2.1 Proporciona à força de trabalho em saúde, da rede estadual, as oportunidades para o desenvolvimento de capacidades gerenciais?

8.2.2.2 Identifica com agilidade potenciais gerentes entre os servidores da rede estadual?

Em caso afirmativo:

8.2.2.2.1 Adota mecanismos para fixar e promover os potenciais gerentes identificados?

8.2.2.2.2 Fornece incentivos para melhorar a competência e a capacidade gerencial?

8.2.2.3 Dispõe de mecanismos para identificar e recrutar potenciais gerentes?

8.2.2.4 Estabelece acordos com instituições formadoras e outras instituições dedicadas ao desenvolvimento de lideranças e gerentes em saúde?

8.2.2.5 Dispõe de estratégias de incorporação de conteúdos éticos e princípios de cidadania nos processos de formação e educação permanente dos gerentes e dos líderes?

## **8.2.3 A Gestão Estadual do SUS dispõe de um sistema de avaliação de desempenho dos trabalhadores da SES?**

Este sistema:

8.2.3.1 Define as expectativas institucionais relativas ao desempenho de cada trabalhador para um período definido?

8.2.3.2 Define resultados mensuráveis do trabalho de cada funcionário?

8.2.3.3 Comunica a cada trabalhador os resultados esperados de seu trabalho em um período definido?

8.2.3.4 Analisa os resultados e propõe melhorias para o sistema?

8.2.3.5 Utiliza os resultados da avaliação para o redirecionamento dos planos estratégicos na área de Recursos Humanos e para a alocação de responsabilidades e a fixação de trabalhadores por merecimento?

## Indicador

### 8.3 Formação e pós-graduação em saúde.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Estabelece vínculos com instituições formadoras dedicadas à pós-graduação para educação permanente aos RH do SUS.
- Avalia e incentiva as instituições formadoras a adequar seus programas e suas estratégias docentes às necessidades derivadas da política nacional e estadual de saúde.
- Compartilha com as instituições formadoras, os profissionais e o controle social os resultados da avaliação dos processos educativos.

#### 8.3.1 A Gestão Estadual do SUS orienta e promove programas de pós-graduação para as profissões da área da saúde como parte da sua política de educação permanente?

A Gestão Estadual do SUS:

8.3.1.1 Facilita acordos formais e não-formais com instituições formadoras no âmbito da saúde para permitir o acesso a programas de pós-graduação?

8.3.1.2 Incentiva as instituições formadoras no âmbito da saúde a oferecer programas que satisfaçam às necessidades do SUS?

8.3.1.3 Avalia regularmente esses programas de pós-graduação?

8.3.1.4 Consulta as Secretarias Municipais de Saúde e as instituições prestadoras de serviços sobre as habilidades e os conhecimentos adquiridos nos programas de pós-graduação?

Em caso afirmativo:

8.3.1.4.1 Encaminha às instituições formadoras as reorientações necessárias a partir dos resultados dessa avaliação?

8.3.1.5 Dispõe de estratégias e mecanismos de fomento para garantir a fixação e a reinserção dos Recursos Humanos que foram formados nesses programas?

## Indicador

### 8.4 Administração de Recursos Humanos da rede pública no estado.

#### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Capacita os profissionais da área de Recursos Humanos da SES para atuar na administração de pessoal.
- Desenvolve programas de apoio e cooperação com a gestão municipal para a capacitação das equipes que trabalham na administração de pessoal.
- Promove estudos com instituições de pesquisa para a incorporação de tecnologias que sirvam para facilitar a administração de pessoal dos servidores públicos do estado e disponibiliza aos municípios o acesso a esses conhecimentos e tecnologias.
- Avalia continuamente a área de Recursos Humanos, promovendo pesquisas sobre a situação funcional das diversas categorias profissionais da área da saúde e divulga essas informações.



- Implanta o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) específicos do Sistema Único de Saúde.
- Realiza periodicamente concurso público para admissão de pessoal.

#### **8.4.1 A SES formula e executa uma política de administração de Recursos Humanos?**

Essa política contempla:

8.4.1.1 A incorporação de tecnologias que facilitam a administração de Recursos Humanos?

8.4.1.2 A capacitação de sua força de trabalho e a dos municípios para a organização do setor de administração de Recursos Humanos?

8.4.1.3 A formação de gerentes para a área de Recursos Humanos?

Em caso afirmativo, incentiva a incorporação dessas práticas:

8.4.1.3.1 Em âmbito estadual?

8.4.1.3.2 Em âmbito regional?

8.4.1.3.3 Em âmbito municipal?

8.4.1.3.4 Poderia citar um exemplo?

A SES:

8.4.1.4 Possui um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) próprio do SUS?

Em caso afirmativo:

8.4.1.4.1 Esse PCCS foi elaborado em conjunto com os servidores?

8.4.1.5 Realiza concurso público para admissão de pessoal?

Em caso afirmativo, o concurso público:

8.4.1.5.1 Foi realizado nos últimos três anos?

8.4.1.5.2 Incorporou os cargos vagos dos servidores municipalizados?

8.4.1.5.3 Incorporou todas as vagas necessárias?

8.4.1.6 Apóia técnica e financeiramente o funcionamento da mesa estadual de negociação?

#### **Indicador**

### **8.5 Cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Colabora com os municípios para elaborar um diagnóstico e uma avaliação dos Recursos Humanos na esfera municipal de saúde.
- Oferece mecanismos e orientações aos municípios para reduzir as insuficiências em matéria de qualidade e de quantidade necessária de pessoal.
- Garante a disponibilidade de programas de formação, pós-graduação e educação permanente para os Recursos Humanos em saúde em todos os níveis, incluindo a capacitação no manejo da diversidade e o aperfeiçoamento das habilidades de gerência.
- Facilita a vinculação entre os trabalhadores de saúde dos diferentes níveis com as instituições formadoras nacionais e internacionais para garantir a variedade e a atualidade dos programas de formação, pós-graduação e educação permanente.

### **8.5.1 A Gestão Estadual do SUS coopera com a gestão municipal no desenvolvimento dos Recursos Humanos?**

A Gestão Estadual do SUS:

8.5.1.1 Oferece à gestão municipal a orientação e o apoio necessários para identificar e corrigir as insuficiências na avaliação da quantidade e do perfil da sua própria força de trabalho?

8.5.1.2 Apóia a incorporação de trabalhadores pertencentes a grupos socioculturais alvos da atenção às equipes de saúde?

Esse apoio ocorre:

8.5.1.2.1 Nos serviços próprios?

8.5.1.2.2 Nos serviços municipais?

8.5.1.3 Assegura a existência de programas de educação permanente nos municípios?

Em caso afirmativo, isso é feito:

8.5.1.3.1 no âmbito regional?

8.5.1.3.2 no âmbito municipal?

8.5.1.4 Apóia técnica e financeiramente o processo de regularização dos vínculos empregatícios da força de trabalho do município?

8.5.1.5 Apóia os municípios na realização de concursos públicos e na elaboração de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS)?



## **Fesp/SUS n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- O desenvolvimento de sistemas de avaliação e melhoria de qualidade.
- O estabelecimento de normas relativas às características primárias que os sistemas de garantia devem ter a melhoria de qualidade e a supervisão do cumprimento de serviços pelos prestadores responsáveis.
- A definição, a divulgação, a explicação e a garantia dos direitos dos usuários.
- A existência de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabora no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribui para melhorar sua qualidade.
- A utilização da metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade.
- A existência de sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e o uso dessa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

### **Indicador**

#### **9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.**

##### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Define padrões apropriados para avaliar a qualidade das práticas de saúde e desenvolve a avaliação de qualidade considerando os dados relativos aos municípios.
- Utiliza esses padrões e identifica instrumentos cientificamente provados que devem ser usados para medir a qualidade das práticas e dos serviços de saúde.
- Realiza a adaptação de métodos de análise voltados ao resultado, incluindo identificação científica dos parâmetros a serem avaliados, dados a serem coletados e procedimentos a serem seguidos na coleta e na análise desses dados.
- Promove a adesão a programa de acreditação/certificação realizado por entidade autônoma e independente dos serviços de saúde.

#### **9.1.1 A Gestão Estadual do SUS implementa uma política de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde no estado?**

Essa política inclui:

- 9.1.1.1 Aplicação de padrões e de técnicas de comparação de metas estaduais e nacionais de desempenho?
- 9.1.1.2 Implementação de diversas metodologias para a melhoria da qualidade?
- 9.1.1.3 Processos de melhoria da qualidade nos serviços do sistema estadual de saúde?
- 9.1.1.4 Avaliação do progresso alcançado em relação aos objetivos e às metas?
- 9.1.1.5 Atividades para avaliação da atitude do pessoal da saúde com vistas à satisfação do usuário?
- 9.1.1.6 Atividades para o desenvolvimento de políticas e procedimentos para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde?
- 9.1.1.7 Avaliação da satisfação dos usuários?



### **9.1.2 A Gestão Estadual do SUS estabelece padrões, monitora e avalia periodicamente a qualidade dos serviços de Atenção Primária em todo o estado?**

A Gestão Estadual do SUS:

9.1.2.1 Define padrões, considerando parâmetros nacionais e internacionais e envolvendo suas áreas técnicas para determinar a qualidade dos serviços de Atenção Primária em todo o estado?

9.1.2.2 Formula os padrões em conjunto com os municípios?

9.1.2.3 Busca ativamente o subsídio de instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento desses padrões?

9.1.2.4 Dispõe de instrumentos para medir o desempenho dos serviços de saúde da Atenção Primária em relação ao cumprimento de padrões previamente definidos?

Esses instrumentos:

9.1.2.4.1 Medem processos?

9.1.2.4.2 Medem resultados?

9.1.2.4.3 Identificam os parâmetros de desempenho?

9.1.2.4.4 Identificam os procedimentos de coleta de dados?

9.1.2.4.5 Identificam os procedimentos para a análise de dados?

9.1.2.5 Divulga os resultados da avaliação de qualidade para os municípios?

9.1.2.6 Divulga os resultados da avaliação de qualidade aos usuários dos serviços de saúde da Atenção Primária?

9.1.2.7 Dispõe de um programa formalmente instituído de certificação e avaliação de qualidade dos serviços da Atenção Primária?

### **9.1.3 A Gestão Estadual do SUS estabelece padrões e avalia periodicamente a qualidade dos serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade em todo o Estado?**

A Gestão Estadual do SUS:

9.1.3.1 Dispõe de competência para certificar e fiscalizar a qualidade dos serviços de assistência de média e alta complexidade?

9.1.3.2 Define padrões, considerando parâmetros nacionais e internacionais e envolvendo suas áreas técnicas para determinar a qualidade dos serviços de assistência de média e alta complexidade em todo o estado?

9.1.3.3 Formula os padrões em conjunto com os municípios?

9.1.3.4 Busca ativamente o subsídio de instituições de ensino e pesquisa para o desenvolvimento desses padrões?

9.1.3.5 Dispõe de instrumentos para medir o desempenho dos serviços de assistência de média e alta complexidade em relação ao cumprimento de padrões previamente definidos?

Em caso afirmativo, esses instrumentos:

9.1.3.5.1 Medem processos?

9.1.3.5.2 Medem resultados?

9.1.3.5.3 Identificam os parâmetros de desempenho?

9.1.3.5.4 Identificam os procedimentos de coleta de dados?

9.1.3.5.5 Identificam os procedimentos para a análise de dados?

9.1.3.6 Divulga os resultados da avaliação de qualidade aos prestadores e aos usuários de serviços de assistência de média e alta complexidade?



9.1.3.7 Possui vínculo formal com órgão ou instância de acreditação e avaliação de qualidade autônoma e independente dos serviços de assistência de média e alta complexidade?

### Indicador

## 9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.

### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Avalia periodicamente a satisfação dos usuários com os serviços de saúde no Estado e orienta ações voltadas a obter melhores resultados.
- Enfatiza as orientações referentes ao usuário nas atividades de aperfeiçoamento de pessoal e no desenvolvimento de políticas e procedimentos.
- Divulga explicitamente os direitos e os deveres dos usuários dos serviços.
- É responsável pelo manejo das informações obtidas por meio desse processo e pelo feedback aos municípios, aos participantes do processo e a outros atores.

### 9.2.1 A Gestão Estadual do SUS cria oportunidades reais para que a população possa avaliar os serviços de saúde do SUS e manifestar o seu grau de satisfação com estes?

Essa avaliação realiza-se por meio de:

- 9.2.1.1 Informação obtida a partir de organizações locais?
- 9.2.1.2 Pesquisas realizadas na população?
- 9.2.1.3 Técnicas de grupos focais?
- 9.2.1.4 Internet?
- 9.2.1.5 Investigações da população atendida nos serviços de saúde?
- 9.2.1.6 Investigações de alta hospitalar?
- 9.2.1.7 Registros de opinião, reclamações e sugestões?

Os resultados dessa avaliação:

- 9.2.1.8 São utilizados como base em um sistema de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde?
- 9.2.1.9 São utilizados nas atividades de aperfeiçoamento dos recursos humanos em saúde?
- 9.2.1.10 São divulgados à população juntamente com as mudanças de política advindas desses resultados?

### 9.2.2 A Gestão Estadual do SUS avalia regularmente a satisfação dos usuários com os serviços de saúde da Atenção Primária?

A Gestão Estadual do SUS

- 9.2.2.1 Trabalha em parceria com os Gestores Municipais nessa avaliação?
- 9.2.2.2 Elabora os critérios de avaliação em conjunto com Gestores Municipais ?
- 9.2.2.3 Debate com o CES os resultados das avaliações da satisfação dos usuários?
- 9.2.2.4 Divulga e estabelece fóruns de debate com a sociedade civil os resultados das avaliações da satisfação dos usuários?
- 9.2.2.5 Estabelece mecanismos formais para que os usuários contribuam com sua opinião de forma oportuna e confidencial à Secretaria Estadual de Saúde?
- 9.2.2.6 Usa os resultados da avaliação para desenvolver planos que melhorem a qualidade dos programas e dos serviços prestados?

9.2.2.7 Usa os resultados da avaliação para elaborar planos que melhorem o acesso aos serviços da Atenção Primária?

9.2.2.8 Divulga os resultados a todos os participantes no processo de avaliação?

9.2.2.9 Publica um informe com o resumo dos principais resultados da avaliação de satisfação dos usuários com os serviços de saúde da Atenção Primária?

Em caso afirmativo:

9.2.2.9.1 Distribui amplamente esse informe?

### **9.2.3 A Gestão Estadual do SUS avalia a satisfação dos usuários com os serviços de saúde de média e alta complexidade disponíveis no SUS em todo o Estado?**

Nesse processo:

9.2.3.1 Trabalha em parceria com os Gestores Municipais nessa avaliação?

9.2.3.2 Elabora os critérios de avaliação em conjunto com Gestores Municipais ?

9.2.3.3 Debate com o CES os resultados das avaliações da satisfação dos usuários?

9.2.3.4 Divulga e estabelece fóruns de debate com a sociedade civil os resultados das avaliações da satisfação dos usuários?

9.2.3.5 Estabelece mecanismos formais para que os usuários contribuam com sua opinião de forma oportuna e confidencial à Secretaria Estadual de Saúde?

9.2.3.6 Usa os resultados da avaliação para elaborar planos que melhorem a qualidade dos programas e dos serviços prestados?

9.2.3.7 Usa os resultados da avaliação para elaborar planos que melhorem o acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade?

9.2.3.8 Divulga os resultados a todos os participantes no processo de avaliação?

9.2.3.9 Publica um informe com o resumo dos principais resultados da avaliação de satisfação dos usuários?

Em caso afirmativo:

9.2.3.9.1 Distribui amplamente esse informe?

### **Indicador**

## **9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.**

### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Implementa um ou mais sistemas de gestão de tecnologias e de avaliação de tecnologias em saúde integrados em uma rede.
- Utiliza a evidência disponível em relação à segurança, à efetividade e à análise de custo-efetividade das intervenções em saúde para produzir recomendações relativas à incorporação e ao uso de tecnologias em saúde.
- Promove o uso da avaliação de tecnologia sanitária e da prática baseadas em evidências em todo o sistema de saúde por meio de uma rede estadual que inclui prestadores públicos e privados e consumidores.
- Avalia periodicamente o nível de conhecimentos e competências estaduais e municipais relacionadas à incorporação, ao uso e à avaliação das tecnologias e implementa as melhorias necessárias.

**9.3.1 A Secretaria Estadual de Saúde desenvolve sistemas de gestão de tecnologias em saúde?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

9.3.1.1 Dispõe de um setor de gestão tecnológica e avaliação de tecnologias em saúde?

Em caso afirmativo:

9.3.1.1.1 Esse setor participa da formulação de políticas de saúde ou dos processos de tomada de decisões para elaborar essas políticas?

9.3.1.2 Utiliza a informação atualizada para fornecer melhores recomendações sobre a tecnologia disponível aos municípios, aos prestadores e aos usuários dos serviços de saúde?

**9.3.2 A Secretaria Estadual de Saúde garante o funcionamento adequado de seus sistemas de gestão de tecnologias e de avaliação de tecnologias de saúde?**

A Secretaria Estadual de Saúde define:

9.3.2.1 Os papéis dos principais responsáveis para o desenvolvimento desse sistema?

9.3.2.2 As atribuições e as tarefas?

9.3.2.3 A realização periódica deste tipo de avaliação?

Em caso afirmativo:

9.3.2.3.1 Cite um exemplo ocorrido nos últimos 12 meses.

**9.3.3 A Secretaria Estadual de Saúde utiliza as metodologias disponíveis para a avaliação das tecnologias?**

Essa avaliação inclui:

9.3.3.1 Segurança?

9.3.3.2 Efetividade?

9.3.3.3 Custo-efetividade?

9.3.3.4 Utilidade?

9.3.3.5 Custo-utilidade?

9.3.3.6 Aceitação social?

**9.3.4 A Secretaria Estadual de Saúde estimula o desenvolvimento de práticas de avaliação de tecnologias na rede estadual de serviços de saúde?**

Essa rede inclui:

9.3.4.1 A rede própria da Secretaria Estadual de Saúde?

9.3.4.2 Outros prestadores públicos?

9.3.4.3 Prestadores privados?

9.3.4.4 Usuários?

9.3.4.5 Instituições acadêmicas e institutos de pesquisa?

9.3.4.6 Associações de profissionais?

9.3.4.7 Associações científicas?

9.3.4.8 Operadoras de Planos e Seguros Privados de Saúde?





### **9.3.5 A Secretaria Estadual de Saúde avalia regularmente a capacidade estadual de desenvolver gestão e de conduzir avaliações de tecnologias?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

9.3.5.1 Avalia periodicamente a sua capacidade própria para conduzir avaliações de tecnologias e realizar gestão tecnológica?

9.3.5.2 incorpora as recomendações decorrentes da avaliação para melhorar essa capacidade?

9.3.5.3 Desenvolve um programa de qualificação dos seus técnicos para avaliação e gestão de tecnologias?

#### **Indicador**

### **9.4 Cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Coleta e analisa dados relacionados à qualidade de atenção, incluindo dados sobre estrutura, processos e resultados dos serviços prestados pela Atenção Primária no município.
- Utiliza instrumentos de avaliação tecnológica em saúde e práticas baseadas em evidência no âmbito dos serviços de saúde.
- Avalia o desempenho do sistema de saúde, realizado pelos municípios, seguindo os critérios de funcionamento recomendados pelas provas científicas disponíveis.
- Realiza avaliação formal da satisfação do usuário com os programas e os serviços prestados no município.

#### **9.4.1 A Gestão Estadual do SUS coopera tecnicamente com os municípios na coleta e na análise de dados relacionados à qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária?**

Os dados de interesse incluem:

9.4.1.1 Estrutura organizacional, de infra-estrutura e de recursos humanos da Atenção Primária?

9.4.1.2 Procedimentos e práticas da Atenção Primária?

9.4.1.3 Resultados da ação dos serviços prestados pela Atenção Primária?

9.4.1.4 Grau de satisfação dos usuários?

#### **9.4.2 A Gestão Estadual do SUS coopera tecnicamente com os municípios na coleta e na análise de dados relacionados à qualidade dos serviços de saúde de média e alta complexidade?**

Os dados de interesse incluem:

9.4.2.1 Estrutura organizacional e capacidade instalada?

9.4.2.2 Procedimentos e práticas?

9.4.2.3 Resultados da ação dos serviços prestados?

9.4.2.4 Grau de satisfação dos usuários?



### **9.4.3 A Gestão Estadual do SUS coopera tecnicamente com os municípios na utilização de instrumentos para a avaliação de tecnologias?**

A Gestão Estadual do SUS:

#### **9.4.3.1 Coopera tecnicamente com os municípios na avaliação tecnológica?**

Em caso afirmativo, essa cooperação engloba:

9.4.3.1.1 Serviços de saúde da Atenção Primária?

9.4.3.1.2 Serviços de saúde de média e alta complexidade?

### **9.4.4 A Gestão Estadual do SUS coopera com os municípios na avaliação da qualidade da rede municipal de serviços de saúde?**

Esse processo inclui padrões e parâmetros para avaliar:

9.4.4.1 A oferta de acordo com o perfil epidemiológico?

9.4.4.2 O desenho da rede?

9.4.4.3 O fluxo de usuários?

9.4.4.4 A integralidade da atenção?

9.4.4.5 A qualidade da atenção prestada?

9.4.4.6 Os serviços em redes integradas?



## Fesp/SUS n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde

### Definição

Esta função inclui:

- O incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, consonante com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS.
- A implementação e o desenvolvimento de soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado.
- O estabelecimento de vínculo com institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na Gestão Estadual.

### Indicador

#### 10.1 Desenvolvimento de uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

##### Padrão

A Gestão Estadual do SUS:

- Elabora uma política e uma agenda estadual de Pesquisa em Saúde.
- Identifica e mobiliza financiamento para política e agenda estadual, considerando as insuficiências observadas por comunidades, conselhos de saúde, órgãos formadores de recursos humanos e setores comprometidos com Ciência e Tecnologia em Saúde (CT&I/S no SUS).
- Estimula as universidades e os institutos de pesquisas públicos e privados a estudarem os problemas contidos na agenda e integra no seu âmbito os órgãos, as fundações de apoio e os recursos disponíveis para CT&I/S.
- Reconhece e incorpora problemas de pesquisas em todas as áreas científicas, que produzam novos conhecimentos e práticas, voltados ao aperfeiçoamento de sistemas, serviços e práticas de saúde, considerando a diversidade cultural e étnica da população.
- Cooperar na implementação da agenda, mobilizando e integrando recursos financeiros, humanos e tecnológicos: federais, estaduais, municipais e do setor privado produtivo.
- Divulga os avanços, as conquistas e as descobertas, decorrentes da aplicação da agenda, para comunidade científica, universidades e institutos de pesquisas públicos e privados, conselhos e toda a sociedade.

#### 10.1.1 A Gestão Estadual do SUS dispõe de uma Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?

Essa política incorpora:

10.1.1.1 As diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S)?

10.1.1.2 Estudos que possam fundamentar as decisões políticas relevantes em saúde?

10.1.1.3 Estudos que produzam evidências que possam melhorar a gestão dos serviços de saúde?

10.1.1.4 Estudos que avaliem a exequibilidade e a sustentabilidade econômica das inovações em saúde pública?

10.1.1.5 As fontes de financiamento para realizar essas investigações?

- 10.1.1.6 As prioridades de pesquisa de um conjunto amplo de outros atores (acadêmicos, não-governamentais, privados, comunitários)?
- 10.1.1.7 A colaboração formal de instituições dedicadas à pesquisa, à ciência e à tecnologia em saúde para o planejamento e sua execução?
- 10.1.1.8 A elaboração de uma agenda de cooperação com instituições que financiam Pesquisa em Saúde no estado?
- 10.1.1.9 A perspectiva da diversidade cultural, étnica e de gênero nas pesquisas e nos programas?
- 10.1.1.10 A existência de alguma instância na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, com a responsabilidade de implementá-la?

### **10.1.2 A Gestão Estadual do SUS dispõe de uma agenda de Pesquisa em Saúde?**

Essa agenda:

10.1.2.1 Incorpora as diretrizes do Plano Estadual de Saúde?

Em caso afirmativo:

10.1.2.1.1 Estabelece claramente as metas a serem alcançadas?

10.1.2.1.2 Estabelece as fontes de financiamento para Pesquisa em Saúde no estado?

10.1.2.2 Foi debatida com todos os atores interessados e amplamente difundida?

Em caso afirmativo:

10.1.2.2.1 Foi debatida e aprovada na Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde?

10.1.2.2.2 Foi homologada e formalizada pelo Conselho Estadual de Saúde?

## **Indicador**

### **10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Regula a incorporação de novas tecnologias para melhoria, implementação e modernização do sistema de saúde, após avaliação criteriosa e realização de estudos de validação tecnológica.
- Conduz pesquisa autônoma para enfrentar um problema e tem experiência suficiente para elaborar propostas e agendas de investigação oportunas.
- Garante, junto aos órgãos de controle – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – e às instituições científicas de caráter público, a existência de procedimentos que contemplem a regulação das pesquisas quando estas envolvem novas técnicas e/ou seres humanos.
- Garante o acesso a informações e bases de dados disponíveis no sistema estadual de saúde para a realização de pesquisas.
- Possui experiência e capacidades para obter fundos para financiar pesquisas e Programas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PCT&I/S), junto a instituições do estado e junto aos Ministérios da Saúde, da Ciência e Tecnologia e da Educação.
- Possui capacidade de dar exemplos precisos de como os resultados de recentes pesquisas têm sido utilizados para melhorar as práticas de saúde.

### **10.2.1 A Gestão Estadual do SUS tem capacidade institucional para regular a incorporação de tecnologias, fomentando atividades de pesquisa e desenvolvimento em saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

10.2.1.1 Incentiva a articulação de suas equipes técnicas ou núcleos de ciência, tecnologia e inovação em saúde com as instituições de ensino superior, de pesquisa e de fomento?

Em caso afirmativo:

10.2.1.1.1 Esta articulação é estabelecida por meio de vínculos formais?

10.2.1.2 Está capacitada para identificar os principais parceiros da área de Ciência e Tecnologia (C&T) e conduzir pesquisa autônoma sobre questões relevantes para a saúde?

Em caso afirmativo, essa pesquisa:

10.2.1.2.1 É realizada de forma interdisciplinar?

10.2.1.2.2 Inclui perspectivas étnicas, de gênero e de diversidade cultural?

10.2.1.3 A Gestão Estadual do SUS, como responsável e gestora da agenda estadual de Pesquisa em Saúde, dispõe de critérios e normas para a aprovação de investigações que utilizem suas instalações e que englobem a população sob sua responsabilidade?

Em caso afirmativo, esses critérios e normas incluem:

10.2.1.3.1 Avaliação da relevância do tema a ser investigado do ponto de vista das prioridades estaduais?

10.2.1.3.2 Procedimento formal que resguarde os aspectos éticos da pesquisa de acordo com o Conep e outros reconhecidos internacionalmente?

10.2.1.3.3 Mecanismo formal e transparente para canalizar fundos de pesquisa para os orçamentos das unidades sob sua responsabilidade?

10.2.1.3.4 Mecanismo formal e transparente de fixação de honorários dos investigadores?

### **10.2.2 A Secretaria Estadual de Saúde dispõe de instrumentos de análises adequadas para a investigação qualitativa e quantitativa de problemas de saúde em órgão próprio ou conveniado?**

A Secretaria Estadual de Saúde:

10.2.2.1 Mantém atualizadas suas bases de dados com informações de saúde adequadas para análises úteis para a investigação de problemas de saúde populacionais?

10.2.2.2 Dispõe de acesso a *softwares* estatísticos para o manejo de grandes bancos de dados?

10.2.2.3 Dispõe de profissionais qualificados no uso de *software* para análise de grandes bancos de dados e manejo dos sistemas de informação do SUS?

10.2.2.4 Dispõe de suporte computacional capaz de realizar análise de grandes bancos de dados?

10.2.2.5 Dispõe de especialistas para análise de dados qualitativos e quantitativos?

10.2.2.6 Dispõe de profissionais capazes de apresentar, de forma compreensível aos interessados, os resultados de pesquisa relevantes para sua tomada de decisão?

10.2.2.7 Organiza fóruns sistemáticos de discussão entre trabalhadores, usuários, gestores e pesquisadores para apresentar e discutir resultados de pesquisas relevantes para a tomada de decisões?

10.2.2.8 Financiou pelo menos um projeto de pesquisa nos últimos 24 meses sobre os problemas de saúde relevantes?

10.2.2.9 Utilizou, nos últimos 24 meses, o resultado de uma pesquisa para intervir sobre um problema de saúde relevante?

## Indicador

### **10.3 Cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde.**

#### **Padrão**

A Gestão Estadual do SUS:

- Facilita o acesso aos municípios de pesquisadores capazes de desenvolver atividades de pesquisa de campo.
- Apóia no âmbito municipal as iniciativas de Pesquisas em Saúde, com base na agenda estadual de Pesquisa em Saúde.
- Estimula a participação de profissionais e trabalhadores de saúde municipais nos projetos de investigação em saúde para fortalecer a formação de seus quadros em metodologia de investigação.
- Facilita a formação de recursos humanos em investigação em saúde, criando oportunidades aos trabalhadores do SUS de se profissionalizarem, especialmente em pesquisa operacional.
- Estabelece ampla rede de divulgação dos resultados de pesquisas, inovações e novas práticas de saúde, buscando apoiar e ampliar as iniciativas que favoreçam a divulgação científica para pesquisadores, gestores e atores-chave.

#### **10.3.1 A Gestão Estadual do SUS assessora os municípios diretamente, ou em parceria com instituições acadêmicas, no desenvolvimento de pesquisa operacional em saúde?**

Os Municípios recebem assessoria em:

10.3.1.1 Investigação de surto epidêmico em seu território?

10.3.1.2 Investigação de fatores de risco para enfermidades crônicas?

10.3.1.3 Avaliação de efetividade de intervenções coletivas em saúde?

10.3.1.4 Investigação sobre organização de serviços de saúde?

10.3.1.5 Pesquisa em gestão de sistemas locais?

10.3.1.6 Investigação de problemas de saúde relevantes para o município?

#### **10.3.2 A Gestão Estadual do SUS assessora os municípios na análise e na interpretação adequada dos resultados das pesquisas?**

A Gestão Estadual do SUS:

10.3.2.1 Realiza com os municípios encontros, seminários, conferências e oficinas com a finalidade de analisar e discutir os resultados das pesquisas?

10.3.2.2 Assessora os municípios no planejamento e na execução de intervenções baseadas nos resultados da investigação em saúde em seus respectivos territórios?

#### **10.3.3 A Gestão Estadual do SUS divulga regularmente aos municípios os resultados das Pesquisas em Saúde?**

A Gestão Estadual do SUS:

10.3.3.1 Divulga os resultados das pesquisas para enfrentar os problemas de saúde nos municípios e na região?

Em caso afirmativo, essa divulgação inclui:

10.3.3.1.1 As universidades e os institutos de pesquisa?

- 10.3.3.1.2 Os Conselhos Municipais de Saúde?
- 10.3.3.1.3 Outras instituições dedicadas à investigação em saúde?
- 10.3.3.1.4 As empresas privadas?
- 10.3.3.1.5 Organizações não-governamentais?
- 10.3.3.1.6 A utilização dos meios de comunicação?
- 10.3.3.2 Estimula a participação de profissionais dos municípios em projetos de pesquisa?
  - Em caso afirmativo, esses profissionais participam na:
    - 10.3.3.2.1 Elaboração de projetos de pesquisa?
    - 10.3.3.2.2 Coleta de informação?
    - 10.3.3.2.3 Análise dos resultados?
- 10.3.3.3 Estimula os Gestores Municipais a utilizarem os resultados dessas pesquisas para melhorar as práticas de saúde?
  - Em caso afirmativo:
    - 10.3.3.3.1 Poderia citar algum exemplo de utilização dos resultados nos últimos dois anos?





## **Fesp/SUS n. 11: Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde**

### **Definição**

Esta função inclui:

- A construção de um consenso interno à Gestão Estadual do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de organização e coordenação do sistema estadual de Atenção à Saúde;
- A formulação e a implementação de políticas voltadas a promover a mudança do modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS estadual.
- O desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual, incluindo a execução dos investimentos necessários à promoção da equidade na distribuição dos serviços.
- A coordenação do processo de programação pactuada entre Gestor Estadual e Gestores Municipais a fim de otimizar a oferta de serviços de saúde nas diversas regiões do estado.
- A implantação de mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria de qualidade e efetividade e humanização das ações e dos serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e dos usuários do SUS.
- O apoio técnico aos municípios para a melhoria de sua capacidade de gestão dos sistemas municipais de saúde, tendo em vista a construção do modelo de atenção integral à saúde.

### **Indicador**

#### **11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde.**

##### **Padrão**

O Gestor Estadual promove e facilita:

- A construção de um consenso interno à Gestão Estadual do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de organização e coordenação do sistema estadual de saúde.
- O envolvimento de representantes dos diversos atores sociais no processo de elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde, a fim de criar condições para a adequação das propostas de ação a problemas, necessidades e demandas da população do estado, levando em conta as condições de vida dos diversos grupos e a distribuição social dos riscos e dos danos à saúde.
- A formulação e a implementação de políticas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações básicas de saúde, incluindo o fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde e a implementação do Programa Saúde da Família, bem como da oferta de serviços de média e alta complexidade de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população.
- O desenvolvimento institucional da SES visando consolidar sua capacidade de coordenação do processo de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde, em parceria com outros órgãos estaduais e Gestores Municipais do SUS.



### **11.1.1 O Gestor Estadual do SUS promove e coordena um processo de construção do consenso, interno e externo à SES, acerca da necessidade de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde?**

Nesse caso:

11.1.1.1 O Gestor Estadual do SUS promove a realização de debates no âmbito do Conselho Estadual de Saúde e da CIB acerca da necessidade de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde?

11.1.1.2 O Gestor Estadual do SUS promove a realização de estudos e debates acerca da mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no âmbito dos diversos setores da SES?

11.1.1.3 O Gestor Estadual promove a incorporação da proposta de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no cotidiano da gestão e do planejamento do SUS estadual desenvolvido a partir da SES?

11.1.1.4 O processo de elaboração, de execução, de monitoramento e de avaliação do Plano Estadual de Saúde incorpora a necessidade de mudança/adaptação do modelo de Atenção à Saúde no SUS estadual?

Em caso afirmativo:

11.1.1.4.1 Esse processo contempla a definição de objetivos e metas, o estabelecimento de prioridades e a incorporação de estratégias voltadas a desencadear mudanças nas unidades de saúde, na organização das redes de serviços e na gestão e no planejamento dos sistemas locais e regionais?

### **11.1.2 A Gestão Estadual do SUS coordena um processo de monitoramento e avaliação periódica de acesso, cobertura, qualidade e efetividade das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS estadual?**

11.1.2.1 Esse processo está voltado à identificação dos problemas existentes e das dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação de um modelo de atenção coerente com os princípios do SUS e adequado à realidade sanitária do estado?

Em caso afirmativo:

11.1.2.1.1 Pode citar as três principais dificuldades para a mudança/adequação do modelo de atenção identificadas no período da atual Gestão Estadual do SUS?

11.1.2.2 O monitoramento e a avaliação dos serviços subsidiam um processo contínuo de ajuste das políticas e das estratégias de mudança do modelo de Atenção à Saúde no âmbito do SUS estadual?

Em caso afirmativo:

11.1.2.2.1 Pode citar três medidas adotadas na atual Gestão Estadual do SUS para a superação de dificuldades existentes?

### **11.1.3 A Gestão Estadual do SUS desenvolve um processo de monitoramento e avaliação da execução do Plano Estadual de Saúde e da Agenda de Saúde/Plano Operativo Anual?**

Nesse caso, o processo evidenciou mudanças como:

11.1.3.1 Expansão de cobertura das ações básicas de saúde, até mesmo do PSF?

11.1.3.2 Descentralização das ações de vigilância sanitária?

11.1.3.3 Descentralização das ações de vigilância epidemiológica?

11.1.3.4 Implementação de ações de vigilância ambiental?

11.1.3.5 Desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde?

11.1.3.6 Implantação de mecanismos que favorecem o acolhimento dos usuários nas unidades de saúde?

11.1.3.7 Implementação de mecanismos de registro eletrônico das informações em saúde, incluindo o Cartão SUS?



- 11.1.3.8 Implementação de ações de educação permanente dos profissionais e dos trabalhadores de saúde?
- 11.1.3.9 Funcionamento e dinâmica do Conselho Estadual de Saúde?
- 11.1.3.10 Organização de redes assistenciais para atenção a problemas e grupos populacionais prioritários?
- 11.1.3.11 Implementação de ações de assistência farmacêutica, incluindo a farmácia básica e o programa de medicamentos de alto custo?
- 11.1.3.12 Implantação de sistemas de atendimento a urgência e emergência?
- 11.1.3.13 Desenvolvimento do processo de reforma da assistência à saúde mental?
- 11.1.3.14 Expansão das ações de saúde bucal, incluindo ações de promoção da saúde bucal coletiva em escolas e organizações comunitárias?
- 11.1.3.15 Elaboração e execução de ações intersetoriais de promoção da saúde e combate à violência?
- 11.1.3.16 Institucionalização de mecanismos de escuta aos usuários dos serviços, a exemplo de ouvidoria e avaliações periódicas?
- 11.1.3.17 Expansão do programa de atenção integral à saúde da mulher?

#### **11.1.4 A Gestão Estadual do SUS implementa políticas e estratégias de desenvolvimento organizacional na SES para adequá-las ao processo de mudança do modelo de atenção?**

A Gestão Estadual do SUS:

- 11.1.4.1 Tem promovido a redefinição das funções e das competências do nível central da SES (e do nível regional, se for o caso), levando em conta a municipalização das ações e dos serviços de saúde?
- 11.1.4.2 Tem promovido a capacitação das equipes técnicas da SES nas áreas de Gestão Estadual do SUS: informação, planejamento, programação, regulação, auditoria, controle e avaliação do SUS estadual?
- 11.1.4.3 Tem facilitado e promovido a realização de parcerias, consultorias e assessorias com o MS e outras organizações nacionais e internacionais visando à elevação da capacidade gerencial da SES?

#### **Indicador**

### **11.2 Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.**

#### **Padrão**

O Gestor Estadual promove e facilita:

- A elaboração de um Plano Diretor de Regionalização do SUS estadual, contemplando a delimitação das macro e microrregiões de saúde de acordo com a distribuição territorial da população e dos serviços de saúde.
- A elaboração de uma proposta de reorientação dos investimentos em infra-estrutura do sistema de saúde, contemplando a alocação de recursos para ampliação e melhoria da capacidade instalada do SUS estadual, em áreas prioritárias, de acordo com o perfil das necessidades de saúde da população.

#### **11.2.1 O Gestor Estadual coordena o processo de planejamento integrado com os municípios, visando à elaboração de um Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos a fim de ampliar e adequar a capacidade instalada do SUS estadual?**

O Gestor Estadual do SUS:

11.2.1.1 Incluiu o debate sobre o processo de regionalização do sistema de saúde estadual como parte da agenda do Conselho Estadual de Saúde e da CIB?

11.2.1.2 Incorporou o processo de planejamento, execução e avaliação deste plano como parte das macrofunções político-gereciais da Secretaria Estadual de Saúde?

Em caso afirmativo, o Plano Diretor de Regionalização do SUS estadual contempla:

11.2.1.2.1 A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e dos municípios-pólo e dos demais municípios de abrangência?

11.2.1.2.2 A identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião?

11.2.1.2.3 A inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios-sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência?

11.2.1.2.4 Os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra-referência e implantação de estratégias de regulação, visando garantir o acesso da população aos serviços?

11.2.1.2.5 Uma proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas?

11.2.1.2.6 A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não-disponíveis no território estadual?

11.2.1.2.7 Uma proposta de redirecionamento dos investimentos em infra-estrutura do sistema, visando atender às prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de Atenção à Saúde?

11.2.1.2.8 O cronograma de execução dos investimentos com a especificação das atividades, os responsáveis e os prazos de cumprimento.

11.2.1.2.9 Possui Plano de Execução dos Investimentos?

Em caso afirmativo, este plano de investimentos contempla:

11.2.1.2.9.1 A alocação de recursos em obras de reforma e ampliação de unidades de saúde em municípios-pólo que concentram a atenção de média e alta complexidade em determinadas macrorregiões do estado?

11.2.1.2.9.2 A alocação de recursos para aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento de unidades de saúde localizadas em municípios-pólo de macrorregiões?

11.2.1.2.9.3 O estabelecimento de indicadores de acompanhamento e avaliação da execução dos investimentos previstos?

11.2.1.2.9.4 A especificação das fontes dos recursos financeiros que serão alocados?

11.2.1.3 O Gestor Estadual do SUS estabelece um processo de monitoramento da regionalização, visando ao ajuste permanente do desenho organizacional do SUS estadual?

Em caso afirmativo:

11.2.1.3.1 Define o grupo responsável pelo monitoramento do processo de execução do Plano Diretor de Regionalização?

11.2.1.3.2 Estabeleceu os instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados do processo de regionalização, conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização?

11.2.1.3.3 Produz regularmente relatórios de avaliação do processo de implementação do Plano Diretor de Regionalização?

Em caso afirmativo:

11.2.1.3.3.1 Estes relatórios são encaminhados à CIB e ao CES?

11.2.1.3.3.2 A análise dos relatórios de avaliação subsidia o debate acerca dos ajustes necessários ao processo de regionalização?

11.2.1.3.3.3 São tomadas decisões e executadas ações no sentido de promover os ajustes necessários ao processo de regionalização?

## Indicador

### 11.3 Coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual.

#### Padrão

O Gestor Estadual assume:

- A coordenação do processo de Programação Pactuada e Integrada da oferta de serviços de saúde no âmbito do SUS estadual.
- O estabelecimento de um processo de discussão de diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, no âmbito da CIB.
- O encaminhamento dos produtos do processo de programação pactuada com os Gestores Municipais ao Conselho Estadual de Saúde.
- A coordenação do processo de implementação das ações pactuadas na CIB e no CES em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores, visando garantir a execução das ações e dos serviços programados em cada microrregião do estado.

#### 11.3.1 O Gestor Estadual coordena o processo de Programação Pactuada e Integrada com os Gestores Municipais?

Nesse caso, esse processo contempla:

11.3.1.1 A criação de um grupo de coordenação específico no âmbito da SES, responsável pela elaboração/adequação da metodologia de programação no âmbito do estado?

11.3.1.2 A apresentação e a aprovação da metodologia proposta e seu respectivo cronograma de execução na CIB?

11.3.1.3 A organização de oficinas de trabalho nas diversas microrregiões do Estado para o desenvolvimento do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com os Gestores Municipais?

11.3.1.4 A identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população em cada microrregião de saúde do estado, como ponto de partida à programação das ações e dos serviços?

11.3.1.5 O levantamento da capacidade instalada e do perfil de oferta de serviços em cada microrregião do estado?

11.3.1.6 A identificação dos principais problemas de saúde da população do estado, levando em conta sua distribuição territorial, como base para a priorização de problemas e áreas de atuação?

11.3.1.7 O estabelecimento de grupos populacionais prioritários em razão das suas condições de vida e de acordo com a sua distribuição nas diversas microrregiões do estado?

11.3.1.8 O estabelecimento de ações prioritárias nas diversas microrregiões em razão dos problemas identificados e dos grupos populacionais priorizados?

- 11.3.1.9 A incorporação dos indicadores definidos no Pacto da Atenção Básica, conforme as normas e as diretrizes estabelecidas pelo MS?
- 11.3.1.10 O estabelecimento dos fluxos da demanda populacional aos serviços de média e alta complexidade, com a definição das redes assistenciais de referência?
- 11.3.1.11 A garantia dos recursos necessários em cada microrregião para a execução das atividades programadas?
- 11.3.1.12 O estabelecimento dos tetos financeiros a serem repassados a cada município em razão das ações programadas?
- 11.3.1.13 A definição dos processos de acompanhamento e avaliação da execução das ações programadas?
- 11.3.1.14 A sistematização da planilha orçamentária correspondente ao conjunto das ações programadas?
- 11.3.1.15 O encaminhamento dos produtos de processo de programação à CIB para aprovação e ajustes?
- 11.3.1.16 O encaminhamento dos produtos do processo de programação ao CES?
- 11.3.1.17 O encaminhamento dos produtos do processo de programação ao Ministério da Saúde?
- 11.3.1.18 A divulgação das propostas de programação junto aos profissionais e aos trabalhadores de saúde de cada microrregião do estado, em parceria com os Gestores Municipais?
- 11.3.1.19 A divulgação das propostas de programação junto aos movimentos organizados da população em cada microrregião do estado, em parceria com os Gestores Municipais?
- 11.3.1.20 A produção de relatórios periódicos acerca do andamento do processo de execução das ações de saúde programadas em cada microrregião do estado, juntamente com os Gestores Municipais?
- 11.3.1.21 A divulgação dos resultados da avaliação periódica da execução das ações programadas junto aos profissionais de saúde?

Em caso afirmativo, isso contempla:

- 11.3.1.21.1 O debate em torno de ajustes necessários à programação previamente definida?
- 11.3.1.22 A divulgação dos resultados da avaliação periódica da execução das ações programadas junto aos representantes da população organizada?
- 11.3.1.22.1 A identificação de problemas de acesso, qualidade e efetividade das ações segundo a percepção dos usuários dos serviços?
- 11.3.1.22.2 O encaminhamento de processos tendentes a induzir ajustes quantitativos e qualitativos na prestação de ações e serviços de saúde nas diversas microrregiões do estado?

## Indicador

### 11.4 Cooperação técnica com municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de Atenção à Saúde

#### Padrão

O Gestor Estadual promove e facilita:

- A realização de eventos envolvendo os Gestores Municipais com o objetivo de fomentar a análise crítica do modelo de Atenção à Saúde vigente, subsidiando a identificação de seus problemas e limitações e a formulação de propostas políticas e estratégias de mudança que contemplem a garantia de universalidade, integralidade, equidade, efetividade, qualidade e humanização da atenção.
- O apoio técnico às equipes de gestão dos municípios, visando ao desenvolvimento dos processos de planejamento e gestão dos sistemas municipais de saúde a fim de incorporar inovações organizacionais

e operacionais no processo de prestação de ações e serviços, coerentemente com o perfil de necessidades e demandas da população.

#### **11.4.1 O Gestor Estadual promove a realização de eventos destinados à construção do consenso e ao debate de alternativas em torno das mudanças do modelo de Atenção à Saúde, envolvendo os Gestores Municipais das diversas microrregiões do estado?**

O Gestor Estadual do SUS:

11.4.1.1 Estimula a introdução de temas relacionados com o processo de mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no temário das Conferências Municipais de Saúde?

11.4.1.2 Estimula os Gestores Municipais a promoverem encontros e seminários sobre a mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde, envolvendo profissionais e trabalhadores dos sistemas municipais e microrregionais de saúde?

11.4.1.3 Estimula os Gestores Municipais a realizarem encontros e seminários sobre modelo de atenção, envolvendo representantes dos Conselhos Municipais e locais de saúde.

Em caso afirmativo, o Gestor Estadual:

11.4.1.3.1 Elabora textos e manuais que subsidiem o debate sobre a mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no âmbito municipal e microrregional?

11.4.1.3.2 Promove a realização de encontros estaduais para difusão de experiências inovadoras de mudança/adequação do modelo de Atenção à Saúde no âmbito municipal e regional?

#### **11.4.2 O Gestor Estadual desenvolve atividades de cooperação técnica com os Municípios a fim de fomentar o desenvolvimento organizacional e a introdução de mudanças no modelo de Atenção à Saúde?**

O Gestor Estadual do SUS:

11.4.2.1 Apóia a incorporação de métodos e técnicas de geoprocessamento de informações epidemiológicas e sociais no âmbito municipal?

11.4.2.2 Apóia o processo de planejamento ascendente no território do município, a fim de que contemple a adequação/mudança do modelo de atenção ao perfil epidemiológico e social da população?

11.4.2.3 Apóia a implantação de inovações organizacionais no processo de trabalho das equipes de saúde das unidades sob gestão municipal?

11.4.2.4 Apóia o desenvolvimento de processos de capacitação e educação permanente das equipes de vigilância em saúde no âmbito municipal?

11.4.2.5 Apóia a organização de sistemas de referência e contra-referência no âmbito dos sistemas municipais e microrregionais de saúde?

11.4.2.6 Apóia o desenvolvimento de processos de regulação, auditoria, controle e avaliação de serviços de saúde no âmbito municipal?

Em caso afirmativo, o Gestor Estadual:

11.4.2.6.1 Assessoria o processo de implantação do Sistema Municipal de Auditoria do SUS?

11.4.2.6.2 Assessoria a implantação de centrais de regulação do SUS no âmbito municipal?





## Fesp/SUS: Glossário de termos do instrumento de avaliação

### A

- Ação intersetorial: ação desenvolvida em conjunto por vários setores da atividade governamental, em razão da seleção de problemas complexos, que exigem a intervenção coordenada de várias áreas, como objeto de políticas públicas (Fesp/SUS n. 3).
- Acesso aos serviços de saúde: o mesmo que acessibilidade; diz respeito à forma de aproximação e entrada dos usuários ao sistema de serviços de saúde e remete à identificação de barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços. n. caso do SUS, o acesso aos serviços é universal, garantido por lei, e o debate atual sobre o tema enfatiza a conveniência ou não de se estabelecer “portas de entrada”, como seria o caso das unidades de Atenção Primária e dos serviços de atenção à urgência e emergência, a partir dos quais os pacientes são encaminhados a serviços de maior complexidade tecnológica e organizacional (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 7).
- Acesso dedicado e de alta velocidade à Internet: existência de conexão à rede internacional de computadores por meio de tecnologia que permita alta velocidade de acesso (por ligação via cabo, linha telefônica, rádio e outros) (Fesp/SUS n. 1).
- Ações legais e/ou ação pública em defesa e proteção das pessoas e de seus direitos em saúde: ações desenvolvidas por pessoas, organizações comunitárias, sindicais ou outras, geralmente junto ao Ministério Público, em razão da busca de efetivação dos direitos em saúde. Ver Direitos dos usuários.
- Acreditação: processo voluntário ou obrigatório pelo qual uma agência ou organização governamental ou não-governamental avalia e reconhece uma instituição ou uma pessoa como apta para executar serviços com padrões específicos. Os métodos de acreditação variam de país para país. O processo de acreditação dos estabelecimentos de saúde consiste em uma avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados obtidos em termos de prestação de serviços, que visa conferir o cumprimento de padrões estabelecidos, em termos da integralidade e da qualidade da assistência. Ver Certificação (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 9).
- Administração de pessoal: o mesmo que administração de recursos humanos; área da administração que se ocupa dos procedimentos, dos métodos, das técnicas e dos instrumentos relativos à contratação, à distribuição, ao gerenciamento do processo de trabalho e à avaliação do desempenho dos trabalhadores envolvidos em determinadas atividades (Fesp/SUS n. 8).
- Agenda de saúde: instrumento de gestão do SUS que contempla, em cada esfera de governo, a seleção de problemas a serem enfrentados e o estabelecimento de prioridades e estratégias de política em cada período de gestão (Fesp/SUS n. 5).
- Agenda estadual: agenda de saúde no âmbito estadual do SUS (Fesp/SUS n. 5); o mesmo que Plano Operativo Anual.
- Aliança: acordo entre dois ou mais atores ou organizações que compartilham e perseguem objetivos

comuns e metas específicas definidas em razão da negociação que gera a aliança; o mesmo que pacto, acordo, compromisso.

- Alianças intersetoriais: pactos firmados entre atores que se inserem em setores específicos, agregando a tomada de decisões e a implementação de ações em razão de interesses comuns.
- Análise da situação de saúde: processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações; o mesmo que avaliação da situação de saúde.
- Assistência de média e alta complexidade: conjunto de estabelecimentos que compõem a rede assistencial em que se realiza a prestação de serviços de média e alta complexidade tecnológica, os quais incluem ambulatorios e clínicas de especialidades, hospitais gerais e hospitais especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros que integram redes específicas de atendimento a determinadas patologias, como é o caso dos serviços de reabilitação, psiquiátricos e outros (Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 9).
- Atenção Primária à Saúde (APS): A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. n. Brasil, a APS começou a ser desenvolvida no âmbito dos Programas de Extensão de Cobertura dos anos 1970, e, no contexto de construção do SUS, nos últimos 15 anos, tem sido nomeada de Atenção Básica, objeto de implantação/reorganização por meio do Programa Saúde da Família (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 9).
- Atores-chave: a noção de ator provém das ciências sociais e se refere a lideranças, partidos políticos, organizações sindicais, associações de classe, entidades religiosas, organizações comunitárias e quaisquer outras formas de organização e representação de interesses que se apresentem na cena política, seja no âmbito político mais geral, seja no âmbito mais específico, como é o caso do cenário político em saúde (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3).
- Atores extra-setoriais: atores políticos identificados em outros setores, distintos do setor saúde e que podem ter importância, quer pela possibilidade de se tornarem aliados em um processo de articulação de ações conjuntas, de caráter intersetorial, quer por se constituírem em adversários políticos no debate e

na tomada de decisões em relação a questões de interesse para a saúde (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 5).

- Atores setoriais: atores políticos identificados no âmbito do setor saúde, como, por exemplo, os gestores do sistema, os prestadores de serviços, os trabalhadores e os usuários do sistema, geralmente representados por suas entidades e organizações específicas (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 5).
- Auditoria em saúde: o termo auditoria foi incorporado à saúde inicialmente como uma forma de avaliação da atenção com base na observação direta, nos registros e na história clínica do paciente, sendo entendida como “auditoria médica”, desenvolvida especialmente no ambiente hospitalar. A partir do fim dos anos 1980, o campo de ação da auditoria em saúde ampliou-se, passando a incluir a avaliação do uso dos recursos e dos resultados obtidos no tratamento. Mais recentemente, passou a abarcar, além do monitoramento das práticas clínicas, a avaliação da organização dos serviços e as funções gerenciais.
- Autoridade Sanitária Estadual (ASE): o mesmo que Gestor Estadual do SUS (Fesp/SUS n. 6).
- Autoridade Sanitária Nacional (ASN): o mesmo que Gestor Nacional do SUS (Fesp/SUS n. 6).
- Avaliação da situação de saúde: o mesmo que análise da situação de saúde.
- Avaliação das tecnologias em saúde: conceito bastante amplo que difere de um país para outro, podendo abarcar uma avaliação técnica de um dispositivo médico com o propósito regulador, um estudo fármaco-epidemiológico do efeito de uma droga, um estudo acadêmico para prevenir as consequências de uma prática de saúde específica nas condições de saúde da população ou, ainda, uma revisão sistemática de qualquer ou de todos os aspectos de uma prática de saúde em particular. Esse tipo de avaliação permite apresentar alternativas de tratamento de doenças ou agravos à saúde e freqüentemente proporciona elementos que orientam a tomada de decisões estratégicas relacionadas à cobertura dos serviços ou à alocação de recursos, incluindo a aquisição de equipamentos e de medicamentos (Fesp/SUS n. 9; Fesp/SUS n. 10).
- Avaliação de determinantes de saúde: ver Análise da situação de saúde.
- Avaliação de qualidade dos serviços de saúde: tipo de avaliação que se ocupa da medição sistemática dos atributos das ações de saúde que integram o conceito de qualidade seja este relacionado aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e à distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade) (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 9).
- Avaliação dos riscos de saúde: avaliação dos riscos potenciais ou atuais em relação à exposição a determinados ambientes nocivos à saúde e/ou à utilização de determinados produtos e serviços que podem produzir doenças ou agravos.
- Avaliação em saúde: análise sistemática da pertinência (de uma política em relação às necessidades

e aos problemas de saúde), suficiência do volume de ações proporcional às necessidades e às demandas, progresso (grau de cumprimento das metas e dos objetivos fixados no tempo previsto), eficiência (uso racional dos recursos empregados na operacionalização das ações), eficácia (obtenção dos resultados esperados em relação à utilização de uma determinada tecnologia ou à prestação de um serviço de saúde) e efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram) (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 9).

## B

- Banco de dados: conjunto de dados quantitativos ou qualitativos armazenados sob diferentes formas que podem ser utilizados como matéria-prima no processo de análise, monitoramento e avaliação de situações de saúde, políticas, programas e serviços. Ver Sistema de informação (Fesp/SUS n. 1).
- Barreiras de acesso: refere-se a barreiras geográficas, econômicas, sociais, culturais ou sanitárias que dificultam o acesso dos usuários ao sistema de serviços de saúde (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 7).
- Bioética: disciplina científica que estuda aspectos éticos da medicina e da biologia em geral, assim como as relações morais do homem com os outros seres vivos. Contemporaneamente, inclui estudos sobre questões polêmicas, a exemplo de aborto, eutanásia, pesquisa com seres humanos, pesquisa sobre células-tronco e outros temas que geram controvérsias entre distintos atores sociais (Fesp/SUS n. 10).

## C

- Capacidade institucional: termo genérico que diz respeito ao potencial que uma determinada instituição tem em razão do volume de recursos que maneja, da sua organização e da sua gestão. Em saúde, é comum o uso do termo como sinônimo de “capacidade instalada”, relativa à disponibilidade de infraestrutura de serviços (instalações físicas, recursos humanos, materiais e financeiros), mas também pode-se usar o termo para se referir à “capacidade de gestão” ou à “capacidade de governo”, no caso em que diz respeito à capacidade de o gestor (líder) e de sua equipe conduzir com eficiência a instituição em direção ao cumprimento de sua missão, isto é, ao alcance dos seus objetivos estratégicos (políticas) mediante o uso de métodos modernos de gestão, entre os quais o planejamento estratégico, o orçamento-programa, a avaliação de desempenho etc. (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 6; Fesp/SUS n. 9; Fesp/SUS n. 10).
- Certificação: o mesmo que Acreditação (Fesp/SUS n. 2; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 9).
- Certificação de qualidade dos serviços de saúde: procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência integral por meio de padrões previamente estabelecidos. Ver Acreditação (Fesp/SUS n. 9).
- Cidades-pólo: o mesmo que Municípios-pólo. Segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2002), são Municípios que exercem influência em Municípios vizinhos, em termos da relação oferta-demanda por serviços de saúde, por contar, geralmente, com maior capacidade instalada de serviços, especialmente de média e alta complexidade (Fesp/SUS n. 7).

- Ciência, tecnologia e inovação em saúde: denominação conferida à área de produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico em saúde, incorporada à Agenda da Política de Saúde nos últimos anos como parte do processo de regulação da atividade acadêmica, em termos do fomento a pesquisas que contribuam para o processo de aperfeiçoamento da gestão, da organização e da operacionalização das ações e dos serviços de saúde no âmbito do SUS (Fesp/SUS n. 10).
- Coerência interna das políticas de saúde: trata-se da coerência entre princípios, diretrizes, objetivos e estratégias para a implementação de determinada política de saúde, garantia de correção formal e base para uma ação eficiente e efetiva em termos de produtos e resultados esperados.
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB): instância de gestão do SUS no âmbito estadual, que inclui representantes do Gestor Estadual e dos Gestores Municipais (Fesp/SUS n. 1).
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT): instância de gestão do SUS no âmbito federal, que inclui representantes do Gestor Federal, dos Gestores Estaduais e dos Gestores Municipais.
- Competências: conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que configuram o saber, o saber fazer e os valores a eles vinculados. Em saúde, utiliza-se o termo competências para caracterizar o perfil profissional dos trabalhadores da área, geralmente estabelecido no processo de formação ou de capacitação (Fesp/SUS n. 8).
- Condições de saúde da população: diz-se do conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por determinada população em determinado momento. (Fesp/SUS n. 2)
- Condições do trabalho: conjunto de aspectos vinculados ao ambiente em que se desenvolve determinado processo de trabalho e ao processo de trabalho em si, do ponto de vista das relações técnicas e das relações sociais do trabalho, isto é, ao uso de tecnologias e às formas de gerenciamento e remuneração (Fesp/SUS n. 2; Fesp/SUS n. 3).
- Conferências de saúde: eventos que reúnem representantes dos vários segmentos sociais direta ou indiretamente interessados na avaliação do sistema de saúde e na formulação de políticas para o seu desenvolvimento. n. processo de construção do SUS, as Conferências de saúde foram regulamentadas pela Lei nº 8.142/1990, que estabelece a realização desses eventos em todas as esferas de gestão do SUS – nacional, estadual e municipal – com periodicidade compatível com os períodos de governo (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 4).
- Conferências setoriais de saúde: o mesmo que Conferências de saúde (Fesp/SUS n. 3).
- Conhecimento científico em saúde coletiva: conhecimentos provenientes das diversas disciplinas que fundamentam as práticas de promoção, prevenção e assistência à saúde, especialmente as “ciências biológicas” e as “ciências sociais”, mediadas pela epidemiologia, que articula a análise da situação de saúde dos diversos grupos da população, a qual é a base do processo de formulação de políticas e do planejamento e da gestão de ações e serviços em diversos âmbitos do sistema de saúde.

- Conselhos de Saúde: instâncias de gestão participativa do SUS, instituídos formalmente pela Lei nº 8.142/1990, que rege sua criação em todas as esferas de gestão do SUS nacional, estadual e municipal. Sua composição deve ser paritária, com 50% de representantes dos usuários do sistema, e seu funcionamento regular assegura o cumprimento da sua missão, que envolve o monitoramento das condições de saúde, a formulação e o acompanhamento da execução das políticas de saúde, inclusive do gerenciamento dos Fundos de Saúde, entre outras atribuições e competências (Fesp/SUS n. 4).
- Conselhos Estaduais de Saúde: ver Conselhos de Saúde (Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 5).
- Conselhos Municipais de Saúde: ver Conselhos de Saúde.
- Controle de qualidade de processos e produtos de saúde: o conceito de controle da qualidade foi elaborado nos anos 1950 e baseia-se na aplicação de técnicas para a determinação do momento em que os erros na produção de um dado bem ou serviço começam a ultrapassar os limites da tolerância, gerando a necessidade de uma ação corretiva. Aplicado à saúde, o conceito de controle de qualidade abarca desde a adequação das ações e dos serviços prestados ao conhecimento científico e ao desenvolvimento tecnológico existente (expresso em normas técnicas que regem a prestação dos serviços) até as chamadas “amenidades”, condições em que os serviços são oferecidos e prestados aos usuários, incluindo prestação, comodidade, conforto, aceitabilidade e satisfação com este.
- Controle social: ver Participação e controle social em saúde (Fesp/SUS n. 4).
- Cooperação técnica/assessoria/apoio: processo que envolve, geralmente, duas instituições, que estabelecem acordos de cooperação para o desenvolvimento de atividades voltadas à transferência de conhecimentos e ao desenvolvimento de tecnologias entre uma e outra, mediante a realização de cursos, oficinas de trabalho, seminários, consultorias e assessorias a setores específicos. n. âmbito do SUS, o processo de descentralização da gestão, com a redefinição de funções e competências entre as três esferas de governo, vem colocando o desafio de se estabelecer programas e atividades de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, bem como destas com as Secretarias Municipais de Saúde (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 7).
- Cuidado integral à saúde: a expressão enfatiza a busca de integralidade que caracteriza o debate contemporâneo sobre a organização dos serviços e das ações de saúde. Ver Integralidade (Fesp/SUS n. 3).
- Cuidados de saúde: ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de riscos e agravos, bem como ao diagnóstico e ao tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes. Corresponde ao original inglês health care (Fesp/SUS n. 3).
- Cultura e práticas saudáveis de saúde: conjunto de conhecimentos e valores compartilhados por um determinado grupo ou uma população, voltado para a promoção de condições de vida saudáveis, aí incluídos a participação em processos de formulação e a implementação de políticas públicas que tenham como objetivo a preservação de condições ambientais, a melhoria das condições de reprodução econômica e social e o estímulo à adoção de comportamentos compatíveis com a preservação da saúde individual e coletiva (Fesp/SUS n. 3).

- Cultura organizacional: conjunto de comportamentos, rituais, normas e costumes de uma organização ou entidade. n. processo de construção do SUS, o termo ganha importância pelo fato de que a unificação do sistema implica a integração de instituições que têm diversas culturas organizacionais, como é o caso da integração das estruturas nacionais e regionais do antigo Inamps ao MS e às SES, à incorporação da Fsesp à Funasa, e esta ao MS etc. (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 9).
- Custo-efetividade: relação entre o custo e a efetividade, entendendo-se por grau de efetividade o nível de contribuição de um programa ou outra atividade na consecução de metas e objetivos fixados para reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação insatisfatória. A análise de custo-efetividade tem por objetivo medir o custo relativo das diversas formas possíveis para a consecução de um objetivo e avaliar se o resultado máximo foi obtido utilizando o mínimo de recursos possível (Fesp/SUS n. 9).
- Custo-utilidade: a relação custo-utilidade alia o custo da tecnologia para a saúde à sobrevivência, determinada pela qualidade de vida. A tecnologia é útil para a saúde se a qualidade de vida (medida em termos objetivos e/ou subjetivos) melhora em consequência de sua aplicação (Fesp/SUS n. 9).

## D

- Demanda por serviços de saúde: procura da população por serviços de saúde, em busca de resposta a necessidades e solução para problemas. Pode-se distinguir a demanda potencial da efetiva, em razão do fluxo da população aos serviços, e ainda a demanda reprimida (no caso de os estabelecimentos de saúde não terem capacidade de oferta compatível com o atendimento ao volume e ao tipo de serviço demandado) da demanda atendida, distinção necessária em processos de avaliação de acessibilidade, cobertura e capacidade resolutiva (resolutividade) dos serviços de saúde.
- Descentralização: processo de transferência de poder e responsabilidades do nível central para os níveis periféricos de um sistema. n. caso do sistema de serviços de saúde brasileiro, trata-se da redefinição de funções e responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle estadual e municipal.
- Desenvolvimento organizacional: técnica das ciências do comportamento, utilizada no âmbito da administração pública ou privada, visando ao aumento da capacidade de uma organização adaptar-se às mudanças no ambiente externo, redefinindo sua missão, suas estruturas e suas práticas, com a finalidade de melhorar seu desempenho.
- Desigualdades em saúde: termo genérico que pode conotar um conjunto heterogêneo de desigualdades entre indivíduos e grupos sociais em relação a diferentes aspectos do processo saúde-doença-cuidado, como por exemplo, as desigualdades entre grupos sociais no que diz respeito à exposição a determinados riscos, em razão das suas condições e de seus modos de vida, as desigualdades entre grupos no que diz respeito à ocorrência de determinados agravos à saúde (doenças e acidentes) e, ainda, a desigualdade entre grupos sociais no que diz respeito ao acesso e ao consumo de serviços de saúde, em quantidade e qualidade.



- Determinantes de saúde: noção que abarca um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e a distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde–doença–cuidado em indivíduos, grupos e populações. Incluem fatores de ordem genético-hereditária (determinação biológica), ambientais (determinação ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e sociossanitários (relacionados ao acesso a serviços de saúde, em quantidade e qualidade compatíveis com promoção, proteção e manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva).
- Direitos dos usuários: com base na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.242/1990, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) elencou os principais direitos dos usuários de ações e serviços de saúde: a) ter garantido o acesso aos bens e aos serviços necessários à promoção, à proteção e à recuperação da sua saúde; b) ter acesso gratuito, mediante financiamento público, aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer sua saúde; c) ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável, mediante mecanismos ágeis que facilitem a marcação de consultas ambulatoriais e exames, seja por telefone, meios eletrônicos ou pessoalmente; d) ter acesso a centrais de vagas ou a outro mecanismo que facilite a internação hospitalar, sempre que houver indicação; e) ter direito, em caso de risco de vida ou lesão grave, a transporte e atendimento adequado em estabelecimento de saúde capaz de receber o caso; f) ser atendido, com atenção e respeito, de forma personalizada e com continuidade, em local e ambiente digno, limpo, seguro e adequado para o atendimento; g) ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome e não por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso; h) ser acompanhado por pessoa indicada pelo próprio usuário, se assim o desejar, nas consultas e nos exames, durante trabalho de parto e no parto. As crianças e os adolescentes têm direito de estar acompanhados, por tempo integral, até mesmo durante internação; i) identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente pela assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição; j) ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à própria saúde e à sua vida; consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e com adequada informação prévia, procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou outros atos médicos a serem realizados; l) se o usuário não estiver em condição de expressar sua vontade, apenas as intervenções de urgência, necessárias para a preservação da vida ou prevenção de lesões irreversíveis poderão ser realizadas sem que seja consultada a família ou pessoa próxima de confiança. Se o usuário tiver manifestado, anteriormente, por escrito, sua vontade de aceitar ou recusar tratamento médico, essa decisão deverá ser respeitada; m) ter, se desejar, uma segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento, podendo, inclusive, trocar de médico, hospital ou instituição de saúde; n) participar das reuniões dos Conselhos de Saúde, das plenárias das Conferências de saúde, dos Conselhos Gestores das unidades e dos serviços de saúde e outras instâncias de controle social que discutem ou deliberam sobre diretrizes e políticas de saúde gerais e específicas; o) ter acesso a informações claras e completas sobre os serviços de saúde existentes em seu Município. Os dados devem incluir endereços, telefones, horários de funcionamento, mecanismos de marcação de consultas, exames, cirurgias, profissionais, especialidades médicas, equipamentos e ações disponíveis, bem como as limitações de cada serviço; p) ter garantida a proteção de sua vida, o sigilo e a confidencialidade de todas as informações sobre seu estado de saúde, inclusive diagnóstico e tratamento, assim como todos os dados pessoais que o identifiquem, seja no armazenamento e na transmissão de informações, até mesmo sangue, tecidos e outras substâncias que possam fornecer dados identificáveis. O sigilo deve ser mantido até depois da morte. Excepcionalmente,

esse sigilo poderá ser quebrado após expressa autorização do usuário ou por decisão judicial, ou diante de risco à saúde dos seus descendentes ou de terceiros; q) ser informado claramente sobre os critérios de escolha e seleção ou programação de pacientes, quando houver limitação de capacidade de atendimento do serviço de saúde. A prioridade deve ser baseada em critérios médicos e de estado de saúde, sendo vetado o privilégio, nas unidades do SUS, a usuários particulares ou conveniados de planos e seguros de saúde; r) receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e realizados, tratamentos ou procedimentos propostos, inclusive seus benefícios e riscos, urgência, duração e alternativas de solução. Devem ser detalhados os possíveis efeitos colaterais de medicamentos, exames e tratamentos a que será submetido; s) ter anotado no prontuário, em qualquer circunstância, todas as informações relevantes sobre sua saúde, de forma legível, clara e precisa, incluindo medicações com horários e dosagens utilizadas, risco de alergias e outros efeitos colaterais, registro de quantidade e procedência do sangue recebido, exames e procedimentos efetuados. O usuário pode solicitar cópia do prontuário e qualquer outra informação sobre o tratamento a que foi submetido; t) receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos, datilografadas, digitadas ou escritas em letra legível, sem a utilização de códigos ou abreviaturas, com nome, assinatura do profissional e número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; u) conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, o atestado de origem, as sorologias efetuadas e o prazo de validade; v) ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, o que deve seguir rigorosamente as normas de experimentos com seres humanos no país e ser aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do hospital ou instituição; x) não ser discriminado nem sofrer restrição ou negação de atendimento, nas ações e nos serviços de saúde, em razão de idade, raça, gênero, orientação sexual, características genéticas, condições sociais ou econômicas, convicções culturais, políticas ou religiosas, do estado de saúde ou da condição de portador de patologia, deficiência ou lesão preexistente; z) ter mecanismo eficaz de apresentar sugestões, reclamações e denúncias sobre prestação de serviços de saúde inadequados e cobranças ilegais, por meio de instrumentos apropriados, seja no sistema público ou privado; z1) recorrer aos órgãos de classe e aos conselhos de fiscalização profissional, visando à denúncia e à posterior instauração de processo ético-disciplinar diante de possível erro, omissão ou negligência de médicos e demais profissionais de saúde durante qualquer etapa do atendimento ou do tratamento (Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 9).

- Doenças de notificação compulsória: conjunto de doenças transmissíveis que, por lei, são de notificação obrigatória diante do risco de ocorrência de surtos epidêmicos. n. Brasil, a relação dessas doenças inclui uma lista de doenças cuja notificação é obrigatória em todo o território nacional, sendo que cada Estado adaptou esta relação à sua própria situação epidemiológica. Segundo a Portaria nº 993/2000 do MS, as principais doenças de notificação compulsória são: Cólera, Coqueluche, Difteria, Doença de Chagas, doenças meningocócicas e outras meningites, Febre Amarela, Febre Tifóide, Hanseníase, Hantavíruses, Hepatite B, Hepatite C, Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical (de mãe para filho), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), Leshmaniose Visceral, Peste, Poliomielite, Paralisia Flácida Aguda, Raiva Humana, Rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita, Sarampo, Sífilis Congênita, Tétano e Tuberculose.
- Doenças emergentes: diz-se de enfermidades que não faziam parte do quadro epidemiológico da população brasileira até há pouco tempo e que, mais recentemente, surgiram e ganharam importância do ponto de vista da saúde pública, por exemplo: Dengue, Cólera, Aids e outras.

## E

- **Efetividade:** refere-se ao nível de contribuição de um programa ou serviço de saúde na consecução de metas e objetivos fixados a fim de reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação de saúde considerada insatisfatória (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 9).
- **Emergências de Saúde Pública:** trata-se de situações que exigem intervenção imediata das autoridades responsáveis pela Saúde Pública, no sentido de controlar os danos causados por algum desastre natural ou provocado pela ação humana, como é o caso de inundações, terremotos, furacões ou guerras ou acidentes com material nocivo à saúde, para evitar epidemias e garantir a assistência às populações atingidas.
- **Enfoque sistêmico:** abordagem ao estudo das organizações, baseada na teoria dos sistemas, desenvolvida originalmente na biologia e posteriormente nos estudos sobre cibernética e teoria da informação. O enfoque sistêmico foi incorporado aos estudos na área de administração e planejamento em saúde a partir dos anos 1960 e ganhou proeminência com o debate acerca da reorientação de sistemas de saúde desencadeado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. De modo geral, define-se um sistema de saúde como o conjunto coerente de partes componentes relacionadas entre si, cujo objetivo comum deve ser produzir um efeito combinado na saúde da população de uma determinada área. Ver Sistema de serviços de saúde.
- **Equidade:** diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” a fim de se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. A construção da equidade em saúde implica a identificação das necessidades sociais e das necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população, a reorganização dos serviços e a redistribuição dos recursos de forma que atenda, de maneira diferenciada, aos diversos grupos da população.
- **Estilos de vida:** noção utilizada no âmbito do movimento pela Promoção da Saúde, que incorpora o modelo do “campo da saúde” como referencial para a compreensão dos fatores envolvidos na determinação do processo saúde–doença em populações. O modelo do “campo da saúde” se apresenta como um espaço quadripolar no qual interagem fatores genético-hereditários, fatores ambientais, comportamentais (estilos de vida) e fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde. A noção de estilos de vida ganhou importância no debate sobre prevenção e controle de doenças não-transmissíveis, mas, no âmbito da Epidemiologia contemporânea, é criticada por vários autores que indicam o viés subjetivista que a noção encerra, argumentando que os “estilos de vida” devem fazer parte de uma noção mais ampla, de “modo de vida”, que inclui também as condições (objetivas) de vida dos indivíduos e dos grupos da população (Fesp/SUS n. 3).
- **Estrutura organizacional:** diagrama, esquema ou representação gráfica da organização de uma instituição, uma empresa ou das etapas sucessivas de um processo, a exemplo do processo de planejamento. O desenho de um organograma que representa a estrutura organizacional geralmente expressa o poder formal em uma instituição, mas não necessariamente o poder real, que pode estar estruturado de outra forma, em razão da articulação política de alianças entre grupos de trabalhadores da organização, gestores, fornecedores e clientes/usuários (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 9).

## F

- Fatores de risco: conjunto de fatores que podem estar envolvidos na determinação de um problema de saúde ou em uma enfermidade específica. Conforme o modelo da História Natural das Doenças (HND), são fatores identificados no período da pré-patogênese, e, de acordo com sua natureza, podem ser Genéticos, Ambientais e Sociais, sendo que estes últimos podem ser subdivididos em socioeconômicos, sociopolíticos, socioculturais e psicossociais (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 2).
- Fenômenos multifatoriais: diz-se da estruturação de fatores condicionantes de uma doença ou agravamento à saúde, considerando-se que não se trata de uma mera justaposição de fatores, na medida em que pode haver sinergia entre fatores políticos, econômicos, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (ambientais). O agregado total resultante da estruturação sinérgica de todas as condições e influências diretas e indiretas constitui o ambiente gerador de doença ou agravamento.
- Força de trabalho em saúde: contingente de pessoal formalmente empregado no setor saúde, podendo-se distinguir o pessoal próprio da área, que recebeu algum tipo de formação ou treinamento para o exercício de atividades de saúde, e o pessoal comum, que trabalha no setor sem qualificação específica. n. primeiro grupo, encontram-se os profissionais de saúde, os técnicos e os auxiliares, bem como o pessoal administrativo que recebeu algum tipo de qualificação em cursos de especialização ou outros. O grupo de pessoal comum, por sua vez, inclui trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio, como limpeza, segurança, transporte, ou de apoio técnico-administrativo e gerencial (Fesp/SUS n. 8).
- Formação de consensos: mecanismos por meio do qual o dirigente ou a equipe dirigente de determinada organização promove a construção de uma vontade coletiva em torno a uma determinada decisão referente à adoção de uma política, um programa ou um projeto de intervenção. n. caso da gestão do SUS, trata-se de pôr em marcha o processo de negociação, pactuação, enfim, formação de acordos e alianças em torno de uma determinada proposta de ação no âmbito do sistema, como vem ocorrendo, por exemplo, em Comissões Intergestores – CIT e CIB. Também pode ocorrer esse processo em um espaço institucional, como é o caso de uma SES, quando o Gestor promove a formação de consenso em torno da adoção de determinada política ou estratégia, como é o caso, por exemplo, da proposta de reorganização da Atenção Básica, pela implantação do Programa Saúde da Família.
- Formulação de políticas de saúde: processo que consiste na fixação de objetivos e metas a alcançar em relação a um determinado sistema ou a um problema de saúde, incluindo a análise da situação inicial, o desenho da Imagem-Objetivo em um prazo determinado, a formulação de proposições de ação, embasadas em princípios e diretrizes, a análise de coerência (interna e externa) dessas proposições, a análise de viabilidade de execução das ações propostas e a formalização das políticas em leis, normas, planos, programas e projetos.
- Fóruns de opinião pública: instâncias presenciais ou virtuais de ausculta da opinião pública em relação a uma determinada política ou ação governamental. n. caso da saúde, o processo de institucionalização da gestão participativa do SUS tem gerado a criação dos Conselhos e das Conferências de saúde, que podem ser entendidos como fóruns de opinião pública em relação às políticas de saúde, porém também vem se desenvolvendo um mecanismo de consulta pública, pela Internet, para ausculta da

opinião de especialistas e leigos no que diz respeito a propostas de ação do MS e de outras instâncias de governo do SUS (Fesp/SUS n. 5).

- Fundo Estadual de Saúde: conta bancária na qual são depositados os recursos provenientes das transferências federais para o SUS estadual, em que devem ser depositados os recursos provenientes do Tesouro estadual e outras fontes utilizadas, no âmbito estadual, para custeio das ações e dos serviços de saúde sob responsabilidade do Gestor Estadual. A execução do Fundo Estadual de Saúde está submetida à fiscalização do Conselho Estadual de Saúde, devendo a prestação de contas ser feita periodicamente a esta instância (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 5).

## G

- Gerência: termo utilizado no âmbito do setor saúde e especificamente no SUS para designar a função de administração de unidades de prestação de serviços, programas, projetos e atividades específicas realizadas nas instituições que compõem o sistema. Ver Gestão em saúde (Fesp/SUS n. 8).
- Gestão: termo utilizado contemporaneamente em substituição à administração, cujo significado busca enfatizar que o processo administrativo, incluindo as funções de direção, planejamento, organização, coordenação, avaliação e controle, tem conotação política e estratégica, envolvendo o estabelecimento de visões de futuro, o gerenciamento de conflitos e a introdução de inovações organizacionais, tendo em vista a flexibilidade necessária a uma adaptação permanente das organizações (públicas e privadas) a contextos cambiantes (Fesp/SUS n. 8).
- Gestão colegiada: forma de gestão na qual se estabelecem coletivos para a tomada de decisões, reunindo representantes dos atores interessados direta ou indiretamente no processo e nos resultados da organização. n. âmbito do SUS, os Conselhos de Saúde constituem órgãos colegiados, com representação de gestores, profissionais de saúde e trabalhadores, bem como dos usuários dos serviços.
- Gestão em saúde: termo que reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas, serviços e atividades. n. âmbito do SUS, convencionou-se distinguir Gestão (de sistemas) de gerência (de unidades de saúde, programas e projetos) como uma forma de enfatizar o caráter mais propriamente político da primeira, em oposição ao caráter técnico-administrativo da segunda, embora em cada uma dessas dimensões esteja em jogo o exercício do poder, em suas várias dimensões (política, técnica e administrativa).
- Gestão Estadual do SUS: Gestão do Sistema Estadual de Saúde; gestão do SUS no âmbito estadual (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 8).
- Gestão Municipal do SUS: Gestão do Sistema Municipal de Saúde; gestão do SUS no âmbito municipal (Fesp/SUS n. 4).
- Gestão sustentável: o adjetivo “sustentável” pode ser compreendido em vários sentidos, principalmente em relação à sustentabilidade econômico-financeira de determinada política ou programa ou em relação

à sustentabilidade política. n. primeiro caso, trata-se de garantir que a implementação de determinada política, programa ou projeto conte com os recursos necessários, o que demanda, por vezes, a iniciativa do gestor em captar tais recursos nas fontes disponíveis. n. segundo caso, sustentabilidade política, trata-se de garantir que o processo de implementação conte com o apoio dos atores direta e/ou indiretamente envolvidos, sejam os profissionais e os trabalhadores de saúde, sejam os usuários do sistema (Fesp/SUS n. 3).

- Gestor Estadual do SUS: o mesmo que Autoridade Sanitária Estadual, ou Secretário Estadual de Saúde, responsável pela Gestão do SUS no âmbito estadual (Fesp/SUS n. 8).
- Grupos com riscos e necessidades especiais de saúde e de serviços: grupos sociais que apresentam situações particulares em relação à exposição ao risco de adquirir determinadas enfermidades ou apresentar determinados problemas de saúde, em razão de suas condições e modos de vida, constituindo, portanto, do ponto de vista da equidade, grupos a serem priorizados no âmbito das intervenções destinadas a reduzir ou eliminar esses riscos e a prevenir a ocorrência de agravos ou, no limite, a atuar na redução dos danos (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 7).
- Grupos de pressão externos à política do SUS: grupos politicamente organizados em torno de demandas em relação à política de saúde, que não fazem parte do conjunto de atores envolvidos diretamente na organização e na operação do sistema, como é o caso de gestores, técnicos, profissionais de saúde, trabalhadores e usuários.
- Grupos focais: técnica de pesquisa que consiste na organização de um grupo de pessoas que, por sua competência e/ou experiência com determinado tema, são convidadas a opinar sobre um dado problema (Fesp/SUS n. 9).

## H

- Hábitos de vida: o mesmo que “estilos de vida”. Diz-se dos comportamentos adotados por indivíduos e grupos em relação ao atendimento das necessidades relacionadas com a reprodução/transformação das condições de existência e o alcance de objetivos definidos em razão dos seus projetos de vida (Fesp/SUS n. 1).

## I

- Indicadores de desempenho: conjunto de indicadores que podem ser utilizados em processos de avaliação do desempenho de determinado sistema ou serviço de saúde. Podem ser relativos ao desenvolvimento de processos, produtos e resultados alcançados pela instituição ou sistema, de acordo com as políticas, os objetivos e as metas definidos em determinado plano, programa ou projeto (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 9).
- Indicadores de resultados: diz-se de indicadores que revelam os resultados alcançados com o processo de implementação de determinada política, plano, programa ou projeto. Definidos geralmente no curso de um processo de monitoramento e avaliação de políticas, planos, programas e projetos, os indicadores de resultados podem também ser elaborados no âmbito de uma pesquisa avaliativa, cujo objetivo seja determinar o alcance do processo de implementação de uma política, plano, programa ou projeto.

- Infra-estrutura: conjunto de recursos físicos, materiais e humanos de uma determinada organização ou sistema. n. caso do sistema de saúde, diz respeito à capacidade instalada (em termos de estabelecimentos de saúde), incluindo as instalações físicas, os equipamentos e o material de consumo e o pessoal de saúde (profissionais e trabalhadores), alocada nos diversos postos de trabalho para o desenvolvimento das atividades gerenciais e assistenciais (Fesp/SUS n. 2; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 10).
- Iniquidades em saúde: desigualdades entre grupos sociais consideradas inaceitáveis, configurando injustiças a serem corrigidas mediante políticas públicas. Podem ser identificadas iniquidades nas condições de saúde, bem como no acesso e no grau de utilização dos serviços de saúde.
- Instância de acreditação: ver Acreditação (Fesp/SUS n. 3).
- Instituições acadêmicas: instituições de ensino e pesquisa. Na área da saúde, incluem as escolas e as faculdades públicas e privadas da área e os institutos de pesquisa (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 8).
- Instituições formadoras de Recursos Humanos em Saúde: refere-se a escolas técnicas e instituições de nível superior responsáveis pela formação graduada e pós-graduada de pessoal em saúde. As primeiras encontram-se sob responsabilidade dos Gestores Estaduais do SUS e as segundas gozam de autonomia, estando vinculadas ao Ministério da Educação. Ver Instituições acadêmicas (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 8).
- Instrumento de gestão: visando à racionalização do processo de gestão do Sistema Único de Saúde, vêm sendo propostos, nos últimos anos, vários instrumentos de gestão, cuja base conceitual e metodológica assenta nos conhecimentos acumulados na área de planejamento e gestão de sistemas de saúde. Nesse sentido, os instrumentos de gestão do SUS incluem a Agenda da Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), o Relatório de Gestão, os indicadores propostos no Pacto da Atenção Básica e outros previstos nas normas e nas portarias elaboradas no âmbito da Gestão Nacional do SUS nos últimos anos (Fesp/SUS n. 5).
- Instrumento de planejamento estratégico: o enfoque estratégico surgiu, na área do planejamento em saúde, em meados dos anos 1970, contemplando, posteriormente, vários desdobramentos, cada um dos quais propõe instrumentos específicos para a análise da situação, o desenho da situação-objetivo, a análise de coerência, factibilidade e viabilidade das intervenções propostas e as formas de monitoramento, acompanhamento e avaliação dos planos e dos programas de ação (Fesp/SUS n. 5).
- Integralidade: diz respeito ao leque de ações possíveis para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população.
- Intersetorialidade: articulação de diversos sujeitos sociais, das mais diversas áreas e de diferentes saberes, em que a sociedade, em parceria com o governo, age como educadora da própria sociedade, com a compreensão de que a melhoria da qualidade de vida da população é uma tarefa a ser construída no cotidiano, como atividade de cooperação dos diversos atores envolvidos.

- Investigação de surtos epidêmicos: atividade da área de vigilância epidemiológica e controle de doenças transmissíveis que consiste na identificação do caso índice, na busca de contatos e na adoção de medidas adequadas para a interrupção da transmissão da doença.
- Investigação epidemiológica: o mesmo que pesquisa epidemiológica; pode contemplar desde análise de situações de saúde de uma população em geral ou de determinados grupos até investigações etiológicas, voltadas a determinar as causas ou os determinantes de um dado problema ou agravo de saúde. Pode contemplar, também, a pesquisa dos efeitos de determinada tecnologia, programa ou serviço sobre o comportamento de uma dada doença ou agravo de saúde em uma população.

## L

- Liderança: capacidade de condução, de direção, materializada na figura de um chefe, cujo conhecimento, experiência e qualidades de relacionamento interpessoal favorecem que este encarne os objetivos e os valores de determinado grupo ou instituição. A literatura contemporânea sobre liderança destaca a influência que determinado líder exerce sobre os membros de um grupo, em razão de qualidades pessoais, como conhecimento de si mesmo, iniciativa, coragem, persistência e integridade, chamando a atenção, porém, que estas não são necessariamente características inatas e podem ser adquiridas por meio de treinamento e experiência (Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 8).
- Lideranças comunitárias: pessoas que exercem atividades de condução e direção de grupos da população, geralmente organizados em razão do enfrentamento de uma problemática comum, como é o caso da dificuldade de acesso a serviços de saúde. O líder comunitário destaca-se por sua competência em comunicar-se com as pessoas, traduzindo seus anseios e suas expectativas, formulando suas propostas em termos claros e precisos, facilitando o estabelecimento de confiança recíproca e a delegação de autoridade para que o líder exerça um papel de representação dos interesses do grupo.

## M

- Marco legal: conjunto de leis e normas que regem o processo de formulação e implementação de determinada política, estabelecendo os limites do que pode e deve ser feito por parte das autoridades governamentais, nas diversas esferas de governo (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 6).
- Marco regulatório: conjunto de leis e normas que regem a organização e o funcionamento de determinado sistema ou instituição. n. caso da saúde, tratam-se de leis e normas que regem a organização e o funcionamento do sistema de saúde em sua totalidade ou em suas partes componentes.
- Marketing social: refere-se ao desenvolvimento de atividades de comunicação social em saúde, que contemplam mensagens publicitárias dirigidas à mudança de comportamentos e estilos de vida consentâneos com a promoção da saúde e a prevenção da exposição a riscos por parte da população em geral ou a grupos específicos da população (Fesp/SUS n. 3).
- Materiais educativos: textos, cartilhas, filmes, cartazes e outros materiais utilizados em atividades de educação e comunicação em saúde (Fesp/SUS n. 3).



- Missão da Gestão Estadual do SUS (GES): diz-se da definição dos objetivos estratégicos da Gestão Estadual do SUS relativos aos processos de implementação das políticas de saúde adotadas pelo Estado, ultrapassando, assim, diversos períodos de governo (Fesp/SUS n. 5).
- Modelo de atenção à saúde: forma de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Pode-se identificar a existência de vários modelos, de acordo com a concepção adotada acerca da finalidade do trabalho (prevenir e/ou curar), da natureza do objeto (processo saúde–doença no plano individual ou coletivo) de trabalho, das características do sujeito (profissionais e trabalhadores de saúde) e da tecnologia empregada, configurando-se distintas relações técnicas e sociais de acordo com a forma de organização do processo de produção de serviços nas diversas sociedades. n. Brasil, predomina o modelo médico-assistencial privatista e o modelo sanitarista, ponto de partida do processo de reforma que pretende construir um modelo de atenção integral à saúde que contemple as distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diversos níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção básica e atenção de média e alta complexidade).
- Monitoramento: o mesmo que acompanhamento; processo de supervisão continuada do processo de implementação de determinada política, plano ou programa (Fesp/SUS n. 1).
- Municipalização das ações e dos serviços de saúde: forma de descentralização político-administrativa do sistema de saúde, adotada no Brasil nos anos 1990. Contempla a transferência de poder de decisão e de recursos aos Municípios de acordo com determinados estágios equivalentes ao grau de responsabilidade assumido pelo Município em relação ao sistema de serviços de saúde. Consulte NOB 001/93 e NOB 001/96.

## N

- Necessidades de saúde da população: podem ser definidas como carências relacionadas à manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de determinada população. Incluem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, abrigo, segurança, afeto, educação, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos ou de assistência em caso de doença, acidente ou padecimento de qualquer natureza.
- Normas e padrões de acreditação e avaliação dos equipamentos, das instalações e da segurança dos laboratórios: Ver Normas e padrões de acreditação e avaliação dos profissionais.
- Normas e padrões de acreditação e avaliação dos profissionais: normas utilizadas no processo de acreditação. Ver Acreditação. n. Brasil, tratam-se das Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação, Normas Técnicas e do Manual Brasileiro de Acreditação – instrumento de avaliação.

## O

- Objetivos mensuráveis: trata-se, de fato, da especificação de metas – objetivos quantificados – passíveis de medição em termos do grau de cumprimento.

- Organismos de cooperação internacional: instituições cuja missão dirige-se à promoção do desenvolvimento econômico e social no âmbito internacional, no âmbito global ou em determinadas regiões do globo. n. caso da saúde, destaca-se a Organização Mundial da Saúde, criada em 1948, bem como a Organização Pan-Americana da Saúde, criada em 1902, integrada à primeira como organismo regional, responsável pela cooperação entre os países das Américas.
- Organizações comunitárias: entidades criadas por iniciativa de grupos específicos da população, geralmente para o desenvolvimento de ações de caráter reivindicatório junto às organizações estatais e/ou para a execução de ações voltadas à solução de problemas específicos, incluindo problemas de saúde, a exemplo de associações comunitárias que se responsabilizam pela implantação e pela manutenção de creches, escolas, centros de saúde e hospitais (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 4).
- Organizações governamentais: instituições e órgãos que compõem o aparato de Estado, incluindo os órgãos do poder Executivo, Legislativo e Judiciário. n. âmbito do Executivo, encontram-se as instituições estatais responsáveis pela política e pela gestão do sistema público de saúde, como é o caso do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e Municipais e dos órgãos a elas vinculados (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 7).
- Organizações não-governamentais: diz-se de entidades organizadas por particulares ou associações civis que se dedicam a determinadas causas sociais, até mesmo à prestação de serviços de saúde para grupos populacionais específicos ou para a população em geral (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 5).
- Organizações sem fins lucrativos: entidades de caráter filantrópico, mantidas por associações civis ou instituições religiosas, que executam ações em diversas áreas de assistência social, incluindo a área de saúde (Fesp/SUS n. 3).

## P

- Pacto de gestão: termo de compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo, visando qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde, em razão de seus princípios e diretrizes e dos objetivos estabelecidos pelo Pacto Nacional pela Saúde.
- Padrões de qualidade: conjunto de aspectos que são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade de determinado bem ou serviço. n. caso da saúde, implica o estabelecimento de critérios para medição do grau de adequação do serviço prestado às normas técnico-científicas e às “amenidades”, que cercam o processo de prestação de serviços, relativas à adequação deste às expectativas dos usuários em relação a presteza, conforto, respeito, cortesia e outros elementos que garantem a aceitação social do serviço (Fesp/SUS n. 9).
- Parceria interinstitucional: refere-se ao estabelecimento de acordos de cooperação entre instituições diversas, com o objetivo comum de enfrentar determinados problemas e/ou potencializar o uso de recursos para o desenvolvimento de ações conjuntas ou coordenadas.

- Participação da comunidade e do cidadão: refere-se, de modo geral, ao processo de mobilização de vontades coletivas que se expressam sob diversas formas de participação no processo político, seja por meio da ação direta, seja por diversos mecanismos de representação constituídos nas sociedades contemporâneas, inclusive no Brasil. n. caso da saúde, a “participação da comunidade” vem sendo proposta desde a década de 1960 e ocorre sob diversas formas, desde o envolvimento ativo da população em ações de saúde, até sob a forma de participação política, no processo decisório no setor. n. âmbito do SUS, a participação organizada da sociedade vem se institucionalizando nos Conselhos e nas Conferências de saúde, instrumentos da chamada gestão participativa, cujo respaldo jurídico encontra-se na Lei nº 8.142, de novembro de 1990.
- Participação e controle social em saúde: envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas e o sistema de saúde. A participação social em saúde no SUS é garantida mediante a atuação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis – nacional, estadual e municipal –, bem como por meio das Conferências de Saúde, realizadas periodicamente. Consulte a Lei nº 8.142/1990.
- Pautas prioritárias: refere-se ao estabelecimento de prioridades, tanto em relação a problemas a serem enfrentados, quanto a ações a serem privilegiadas no processo de implementação de determinada política. Podem se constituir em objeto de negociação entre atores institucionais, de modo que o estabelecimento de uma “pauta” ou “agenda” prioritária se configure como uma maneira de potencializar os efeitos de ações desenvolvidas por várias instituições e atores.
- Perfil da situação de saúde: o mesmo que perfil de saúde da população (Fesp/SUS n. 1).
- Perfil de saúde da população: diz respeito ao perfil epidemiológico da população, isto é, à configuração dos indicadores de morbimortalidade em determinado lugar e tempo, com a especificação dos principais problemas de saúde e suas tendências em termos de comportamento ao longo do tempo e distribuição territorial e social.
- Plano de saúde: produto de um processo de planejamento que, geralmente, inclui a realização de uma análise da situação de saúde da população de determinada área e o estabelecimento de objetivos e metas a alcançar em relação ao enfrentamento dos problemas prioritizados, à especificação das estratégias a serem implementadas para o alcance dos objetivos e aos recursos que serão empregados neste processo.
- Plano estadual de saúde: documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema estadual de saúde, realizado de quatro em quatro anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e as diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS estadual (Fesp/SUS n. 5).
- Plano municipal de regulação do acesso às ações e aos serviços de saúde: instrumento de política que especifica os objetivos e as metas do Gestor Municipal do SUS em relação aos critérios que regem o acesso da população aos serviços do SUS, seja da rede própria, seja da rede contratada e conveniada.

- Plano municipal de saúde: documento que resulta do processo de planejamento no âmbito do sistema municipal de saúde, realizado de quatro em quatro anos, contendo a análise da situação de saúde da população, as políticas e as diretrizes do sistema, as ações prioritárias e as estratégias de implantação, bem como o orçamento previsto para a execução das ações propostas no âmbito do SUS municipal (Fesp/SUS n. 11).
- Plano Operativo Anual: ou programação operativa; documento que contém o detalhamento das ações a serem realizadas no período de um ano, seja no âmbito federal, no estadual ou no municipal do SUS.
- Políticas ambientais: conjunto de políticas voltadas à intervenção sobre o meio ambiente, seja no sentido da preservação e da proteção dos recursos naturais, seja no sentido da recuperação dos efeitos da ocupação do território e da exploração inadequada destes recursos (Fesp/SUS n. 3).
- Política de incentivos: refere-se ao estabelecimento de estímulos financeiros ou de outra natureza, como forma de induzir comportamentos desejados nos gestores e nos trabalhadores de determinada área, até mesmo no âmbito da saúde.
- Políticas econômicas: conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados com o desenvolvimento econômico de determinado país, Estado ou Município. Inclui propostas relativas ao fomento e à regulação da produção, à distribuição e ao consumo de bens e serviços, bem como à política monetária e financeira e à política de emprego e renda, que afeta o conjunto das atividades econômicas (Fesp/SUS n. 3).
- Políticas públicas saudáveis: diz-se de políticas voltadas ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, isto é, políticas dirigidas à melhoria das condições de vida da população em geral ou de grupos específicos expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer, em razão da exposição a riscos decorrentes de condições ambientais, sociais, comportamentais ou em razão da insuficiência do acesso a ações e serviços que promovam e protejam suas condições de saúde.
- Políticas sociais: conjunto de propostas de intervenção sobre problemas relacionados ao desenvolvimento social de determinado país, Estado ou Município, incluindo as políticas de educação, saúde, habitação, transporte, cultura, esporte e lazer (Fesp/SUS n. 3).
- Postos de trabalho: corresponde aos lugares na estrutura organizacional de determinada organização, pública ou privada, em que os trabalhadores são alocados para o desempenho de funções gerenciais ou de produção de bens e serviços. n. caso do sistema de saúde, tratam-se dos postos de trabalho definidos em razão de determinada estrutura organizacional, podendo-se identificar desde os mais “periféricos”, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, até os mais “centrais”, como são os postos de trabalho da equipe dirigente do sistema (Fesp/SUS n. 8).
- Pré-conferências de saúde: eventos prévios à realização das Conferências de saúde em todos os âmbitos do SUS.

- Prestadores privados: entidades privadas de prestação de serviços de saúde, de caráter lucrativo (empresas) ou não-lucrativo (filantrópicas) (Fesp/SUS n. 5).
- Prestadores públicos: entidades estatais de prestação de serviços de saúde, incluindo instituições sob gestão federal, estadual ou municipal. Considerando a distinção entre “estatal” e “público”, podem-se considerar como prestadores públicos as instituições e os estabelecimentos privados que fazem parte do sistema público de saúde, por meio de convênios e contratos de prestação de serviços (Fesp/SUS n. 5).
- Prevalência de fatores de risco: o termo prevalência é utilizado em Epidemiologia para designar o número de casos novos e antigos de determinada doença ou agravo, em uma população, em determinado período de tempo. A prevalência de fatores de risco refere-se à quantificação do número de expostos a determinado risco – ambiental, socioeconômico ou comportamental – presente em uma população determinada.
- Problemas de saúde: podem ser definidos como “necessidades não satisfeitas”, carências que geram riscos à saúde, sofrimento, adoecimento ou morte, podendo ou não ser reconhecidos como tal pelas pessoas e pelos diversos grupos sociais (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 2).
- Processos democráticos e participativos em saúde: ver Participação da comunidade e do cidadão e Participação e controle social em saúde.
- Programa de cooperação: Ver Cooperação técnica/assessoria/apoio (Fesp/SUS n. 3).
- Programação Pactuada e Integrada (PPI): processo de programação de atividades realizado pelas equipes gestoras do SUS nos âmbitos municipal e estadual, anualmente, com o objetivo de racionalizar a oferta das ações básicas e dos serviços de média e alta complexidade, de acordo com a forma de gestão na qual esteja habilitado o Município ou o Estado (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 7).
- Promoção da saúde: originalmente entendida como uma das funções da Medicina e posteriormente definida como o conjunto de ações de prevenção primária, a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde com a finalidade de melhorar a saúde dos indivíduos e de grupos da população. A promoção da saúde tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais (emprego, geração de renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer) e a mobilização social em torno da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais e da população em geral.
- Promoção do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde: esforços desenvolvidos pelos gestores do SUS no sentido de garantir a expansão e a reorganização da oferta de serviços de saúde a fim de atingir parcelas da população que tenham dificuldade de acesso aos serviços. Indica que esses esforços devem estar orientados para a promoção da equidade, isto é, a distribuição das ações e dos serviços de acordo com o perfil de necessidades da população, tratando desigualmente os desiguais. Ver Universalidade e Equidade (Fesp/SUS n. 7).
- Protocolos clínicos: conjunto de normas e orientações técnicas acerca de como deve se conduzir o profissional de saúde diante de um problema específico, representando, assim, uma sistematização de procedimentos embasados na produção científica da área, que, ademais,

permite a racionalização dos recursos empregados na prestação de serviços e a programação em escala destes (Fesp/SUS n. 3).

## Q

- Qualidade dos serviços de saúde: a noção de qualidade foi desenvolvida no campo da saúde nos anos 1950 e abarca um conjunto de atributos relacionados aos efeitos do cuidado médico (eficácia, efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade) e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade) (Fesp/SUS n. 9).

## R

- Registros vitais: o mesmo que estatísticas vitais. Inclui o registro dos nascimentos e dos óbitos, base para a construção dos indicadores de morbimortalidade (Fesp/SUS n. 1).
- Regulação: a atividade de regulação foi entendida inicialmente como a interferência do Direito na vida social e nos comportamentos individuais, porém, com o surgimento dos Estados modernos, passou a ser entendida também como a interferência do Estado nos sistemas sociais. A regulação em saúde significa, portanto, a intervenção do Estado para garantir a produção, a distribuição e o consumo de serviços de saúde, e implica o estabelecimento de leis, normas e procedimentos a serem adotados pelos diversos entes que operam no âmbito do sistema. n. Brasil, a atividade de regulação estatal no setor saúde é entendida de forma diversa, conforme a natureza do objeto a ser regulado. n. âmbito do próprio sistema público, o SUS e as instâncias gestoras (CIT, CIBs) tratam de estabelecer as regras das relações entre os níveis de governo e as relações com os prestadores privados. Por sua vez, na regulação do mercado da assistência médica suplementar ou do mercado farmacêutico, o Estado atua como conciliador dos conflitos entre consumidores e operadoras dos planos (por meio da ANS) e entre consumidores, distribuidores e produtores de medicamentos (papel exercido pela Anvisa) (Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 7).
- Regulação da demanda e do acesso: conjunto de normas e procedimentos a serem adotados pelos prestadores de serviços de saúde para organizar e racionalizar o acesso da população aos serviços, em razão do perfil das necessidades e das demandas e da capacidade de oferta nas unidades que compõem o sistema de serviços de saúde em determinado local (Município, microrregião, Estado e país). n. âmbito do SUS, um dos mecanismos de regulação das relações entre oferta e demanda tem sido a Programação Pactuada e Integrada, prevista na NOB 001/96 (Fesp/SUS n. 7).
- Regulação das pesquisas quando envolve novas técnicas e/ou seres humanos: por resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/1996), toda pesquisa que envolva seres humanos deve contar com a anuência dos indivíduos envolvidos, por meio do termo de consentimento livre esclarecido, resguardando também o sigilo da identidade dos pesquisados e/ou informantes.
- Regulação de referência interestadual: conjunto de normas e procedimentos que regem o encaminhamento de pacientes para serviços de referência localizados em outros Estados. Processo desencadeado com a implementação da NOAS 2002 e atualmente objeto do Pacto de Gestão (Fesp/SUS n. 7).

- Regulação de referência intermunicipal: conjunto de normas e procedimentos que regem o encaminhamento de pacientes para serviços de referência localizados em outros Municípios, distintos do local de moradia, definindo, simultaneamente, as formas de ressarcimento ao Fundo Municipal de Saúde dos Municípios-sede dos serviços de referência. Processo desencadeado com a implementação da NOAS 2002 e atualmente objeto do Pacto de Gestão (Fesp/SUS n. 7).
- Restrição ao acesso universal e equitativo: dificuldade em garantir a acessibilidade da população aos serviços de saúde, pela existência de barreiras geográficas, econômicas ou culturais. Inclui as restrições derivadas da insuficiência de capacidade instalada do sistema de saúde, que pode se traduzir em baixa capacidade de oferta de serviços e incapacidade de atendimento à demanda real ou potencial (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 7).
- Riscos ambientais: riscos derivados da exposição a condições ambientais potencialmente nocivas à saúde dos indivíduos e de grupos (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 2).

## S

- Satisfação dos usuários: diz-se da satisfação dos consumidores de determinado serviço com o próprio serviço. n. caso dos serviços de saúde, a satisfação dos usuários geralmente está mais vinculada às condições gerais da prestação do serviço do que propriamente à qualidade e à efetividade deste, em decorrência da dificuldade que os usuários em geral têm em avaliar a adequação do serviço prestado ao conhecimento científico disponível e às normas técnicas existentes.
- Serviços de Atenção Básica: conjunto de estabelecimentos que compõe a rede de serviços em que se desenvolvem ações de Atenção Primária de saúde. (Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 9).
- Serviços de saúde: termo genérico que permite três acepções: a) serviços de saúde como sinônimo de ações de saúde, a exemplo de consultas médicas, enfermagem, visitas domiciliares, vacinação etc.; b) serviços de saúde como sinônimo de estabelecimentos de saúde, como centros de saúde, ambulatórios, hospitais etc.; e c) serviços de saúde como sinônimo de instituições ou sistemas, uso que se verifica quando se fala de “serviços públicos” ou “serviços privados” (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 9).
- SES: Secretaria Estadual de Saúde (Fesp/SUS n. 5).
- Sistema de informação: conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando à sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações. n. caso da saúde, conta-se com um conjunto de sistemas de informação de base epidemiológica ou gerencial, que subsidia ou pode subsidiar o aperfeiçoamento das práticas de saúde em todos os âmbitos do sistema (Fesp/SUS n. 1).
- Sistema de serviços de saúde: conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em território específico (país, Estado, Município). A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes: infra-estrutura (recursos físicos, humanos e materiais), forma de organização (unidades, redes), financiamento

(fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros), gestão (pública, privada ou “mista”, centralizada ou descentralizada, autoritária/democrática, tecnocrática/participativa) e perfil de prestação de serviços à população (relação oferta/demanda/necessidades de saúde).

- Sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador: conjunto de instituições e práticas envolvidas na realização de ações de vigilância em saúde, podendo-se distinguir sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, vigilância sanitária de alimentos, produtos e serviços de saúde, vigilância ambiental da qualidade da água, do solo e do ar e vigilância de ambientes e condições de trabalho.
- Situação de risco: diz-se de uma situação em que ocorre a exposição a determinados riscos à saúde, sejam eles decorrentes de condições ambientais, sociais, econômicas ou comportamentais.
- Situação de saúde: ver Análise da situação de saúde (Fesp/SUS n. 1).
- Sociedade civil: conceito provindo da ciência política, diz respeito às organizações constituídas no espaço extra-Estado, incluindo econômicas (empresas), políticas (sindicatos, associações, partidos políticos), culturais (clubes, associações desportivas, literárias), religiosas (igrejas) e outras. Mais recentemente, a tipologia de organizações que vem sendo mais utilizada faz referência ao Estado, ao setor privado e ao chamado “terceiro setor”, constituído de organizações não-governamentais que conjugam não apenas a defesa de interesses políticos de grupos, mas também a prestação de serviços, ainda que sem se constituir propriamente em uma empresa privada, na medida em que atuam em áreas de interesse público (Fesp/SUS n. 5).

## T

- Tecnologias de saúde: A noção de “tecnologia em saúde” inclui desde equipamentos incorporados ao processo de produção de serviços a procedimentos, normas e rotinas que regem a prática dos profissionais e dos trabalhadores de saúde no âmbito gerencial ou operativo do sistema. Ver Uso de tecnologias (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 9; Fesp/SUS n. 10).
- Tomadores de decisão: tradução livre do termo policy makers, refere-se a atores sociais que participam do processo decisório em determinada arena, como é o caso da saúde e, especificamente, do SUS, em que se pode incluir como tomadores de decisão, além dos Gestores Federal, Estaduais e Municipais, os representantes de diversas organizações de profissionais e trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e representantes dos usuários (Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 7; Fesp/SUS n. 10).
- Tomadores de decisões-chave do Estado: diz respeito aos atores sociais diretamente envolvidos no processo de tomada de decisões em relação à política e à gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual, geralmente representados no Conselho Estadual de Saúde, porém eventualmente sem representação nessa instância, ainda que apareçam na cena política e defendam posições em relação aos temas da agenda política do setor.
- Trabalhadores de saúde: termo genérico que se refere a toda e qualquer pessoa que exerce atividade remunerada na área de saúde seja como profissional autônomo seja como trabalhador assalariado ao



sistema público ou privado. A expressão “trabalhadores do SUS”, portanto, refere-se ao conjunto de profissionais, técnicos e auxiliares que trabalham em instituições e unidades de saúde do SUS (Fesp/SUS n. 5; Fesp/SUS n. 8).

## U

- **Universalidade:** um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde, a universalidade pode ser entendida como um ideal a ser alcançado, qual seja o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde, aí incluído o acesso às ações e aos serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.
- **Uso de tecnologias:** refere-se à utilização de tecnologias no processo de trabalho em saúde, seja no nível da gestão, seja no nível da produção de ações e serviços de saúde (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3; Fesp/SUS n. 9; Fesp/SUS n. 10).
- **Usuário do sistema de informação:** profissional ou trabalhador de saúde, usuário ou gestor que acesse os bancos de dados do SUS, em qualquer nível, em busca de informação necessária ao seu trabalho cotidiano ou meramente por manter-se atualizado em relação aos problemas de saúde e/ou às políticas, aos programas e às ações desenvolvidas no SUS (Fesp/SUS n. 1; Fesp/SUS n. 3).
- **Usuário do SUS:** todo e qualquer cidadão que procure os serviços do SUS, em qualquer nível de complexidade (Fesp/SUS n. 4; Fesp/SUS n. 9).

## V

- **Vigilância em/da saúde:** em uma acepção mais restrita, a Vigilância da saúde pode ser entendida como sinônimo de Análise da Situação de Saúde; no Brasil, o debate em torno da noção de Vigilância da/em saúde tem gerado duas concepções: uma mais restrita, que entende a Vigilância em saúde como o conjunto composto pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, incluindo, em algumas SES, a vigilância à saúde do trabalhador e as práticas de vigilância nutricional, e outra mais ampliada, que entende a Vigilância da saúde como uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leve em conta, por um lado, a busca de integralidade do cuidado à saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e os serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em razão das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja de um distrito sanitário, de um Município ou de uma microrregião de saúde (Fesp/SUS n. 2).
- **Visão da Gestão Estadual do SUS (GES):** trata-se da percepção geral que a Gestão Estadual do SUS tenha de determinado problema ou acerca de determinada política ou proposta de intervenção no âmbito do processo de construção do SUS (Fesp/SUS n. 5).

## Glossário de termos para o planejamento do fortalecimento

- Agenda: instrumento de planejamento que contém a relação dos problemas identificados, as prioridades definidas e os objetivos e atividades a serem desenvolvidos para o seu enfrentamento. Resulta do processo de análise de situação e corresponde ao primeiro momento da formulação de uma política, ponto de partida para a definição, posterior, do Plano de ação, ou Plano operativo. A elaboração da Agenda de Saúde corresponde, atualmente, à primeira etapa do processo de planejamento da gestão do SUS, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde. A Agenda de Saúde “estabelece, justifica e detalha as prioridades e estratégias de política de saúde em cada esfera de governo e para cada exercício”. Ver MS Secretaria Executiva. Instrumentos de gestão. Manual de consulta rápida. Brasília, DF, 2001.
- Análise das proposições: existem vários tipos de análise das propostas de ação elaboradas no âmbito de um processo de planejamento. Destaca-se a análise de coerência (externa e interna) das proposições políticas; análise de direcionalidade (com relação à I-O da política geral); análise de viabilidade econômica, política e técnica das propostas de ação, levando em conta as características do ator que conduz o processo de planejamento, isto é, sua capacidade de governo e a governabilidade da situação onde se está atuando.
- Análise de viabilidade (1): tipo de análise das propostas de ação que implica uma avaliação da capacidade do ator e das condições de implementação de uma determinada estratégia. O documento do CPPS esquematiza alguns dos possíveis passos para uma análise de viabilidade de uma política de saúde: 1) Identificação dos elementos que na IO ou nas proposições políticas tenham conteúdos significativamente ideológicos e afetem a estrutura de valores e estilo de vida de grupos sociais; 2) Identificação daqueles elementos das proposições que se referem as coisas valoradas e que afetam ou favorecem interesses de grupos de pressão; 3) Reconhecimento dos grupos sociais em que podem repercutir - favorável ou desfavoravelmente - os elementos antes mencionados, com o correspondente apoio ou rejeição; 4) Identificação dos canais de comunicação e das formas de acesso ao sistema político de ditos grupos, assim como o grau de controle institucional que detenham; 5) Previsão sobre a magnitude da capacidade de apoio ou rejeição às proposições e ações e dos meios possíveis de expressão por parte dos grupos sociais envolvidos; 6) revisão das margens de transação do poder institucional para conciliar os antagonismos que possam despertar as políticas de saúde; 7) Disponibilidade de compulsão efetiva para submeter grupos antagônicos se for necessário; 8) Reconhecimento dos grupos sociais neutros e passivos e busca de formas para obter seu apoio. Matus, por sua vez, distingue, na análise de viabilidade de um determinado plano de ação, dois aspectos, o primeiro relativo aos momentos de desenvolvimento do plano – decisão, implementação, manutenção – e o segundo, relativo aos requisitos necessários para garantir a execução das ações propostas, ou seja, os recursos econômicos, a capacidade técnico-operacional e a vontade política. Cabe destacar que, na perspectiva situacional, caso a análise de viabilidade das propostas de ação seja desfavorável, o ator pode (e deve) elaborar projetos dinamizadores, capazes de desfazer os “nós críticos”, superando os obstáculos que restringem a viabilidade do Plano.

- Análise de viabilidade (2): a análise de viabilidade das estratégias formuladas pode ser feita em três planos: viabilidade financeira, viabilidade político-institucional e viabilidade técnico-operacional. Cada uma delas diz respeito à disponibilidade de determinados tipos de recursos que se utiliza para o desencadeamento e continuidade das ações. A viabilidade financeira remete à disponibilidade de recursos financeiros, incluindo, não apenas ao dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, a realização de investimentos em recursos físicos, a aquisição de material permanente e de consumo, a contratação e pagamento de pessoal, etc. A viabilidade político-institucional diz respeito à disponibilidade de recursos de poder, isto é, a vontade política de implementar (ou não) o que está disposto no plano. Esta “vontade política” não se refere apenas às opções dos dirigentes do sistema local, mas também inclui a decisão dos profissionais e trabalhadores de saúde, das organizações sociais e comunitárias, enfim, refere-se a todos aqueles envolvidos com o processo de planejamento e execução das intervenções. Embora quase sempre disfarçada, ocorrem os mais variados tipos de resistência - ativa ou passiva – dos sujeitos envolvidos com relação aos objetivos e propostas de ação. Esta resistência é política, no sentido pleno da palavra, e deve ser levada em conta no processo de identificação dos aliados (reais e potenciais), dos oponentes e dos “indiferentes” às propostas de ação. Finalmente, a viabilidade técnico-operacional diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto é, conhecimentos e habilidades técnicas para a execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações. A não disponibilidade de qualquer destes “recursos estratégicos” não significa a inviabilização das propostas de ação. Pelo contrário, sua identificação é sumamente importante para impulsionar a elaboração de “projetos dinamizadores”, isto é, projetos que, sendo desenvolvidos paralelamente à execução do Plano de Ação, permitam a superação das dificuldades existentes, tanto no plano financeiro quanto político e técnico-operacional.
- Análise de viabilidade 3: a análise de viabilidade deve confluir para a identificação das “facilidades” e das “dificuldades” que cada proposta terá em seu curso de execução, o que supõe a identificação do limites e possibilidades existentes tanto no ambiente interno quanto no ambiente externo à organização onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento. Nesse sentido, uma das técnicas para análise de viabilidade, bastante difundida no contexto latino-americano, é o Dofa (ou Fofa<sup>1</sup>), que inclui a identificação das Dificuldades e Facilidades (no ambiente interno) e Oportunidades e Ameaças (no ambiente externo). A identificação das Dificuldades (ou Fragilidades) conduz à elaboração de projetos dinamizadores, voltados à construção da viabilidade no processo de implementação do plano, quer seja pela obtenção de recursos financeiros adicionais, quer pelo envolvimento e participação de possíveis oponentes, visando sua colaboração e compromisso, quer seja pela superação das deficiências técnicas e operacionais identificadas, através de cursos e outras formas de capacitação de pessoal.
- Análise de viabilidade 4: uma outra forma de se fazer análise de viabilidade, proposta por Matus, leva em conta distintos momentos do processo decisório, ou seja, a tomada de decisão, a execução das decisões e a permanência dos efeitos das decisões e ações executadas. Considerando-se que cada um desses momentos implica aspectos políticos, técnicos e administrativos, é possível se realizar

<sup>1</sup> Tradução brasileira da sigla que remete à identificação das Facilidades e Fragilidades, Oportunidades e Ameaças.

uma análise de viabilidade muito mais detalhada, identificando os obstáculos e as oportunidades de ação em cada momento do processo decisório.

- **Árvore de Problemas:** é um diagrama simples cujo objetivo é organizar a explicação do problema identificando durante o processo de análise da situação, momento inicial de um processo de planejamento. Utiliza o formato de uma árvore, onde o problema central é colocado no “tronco”, e as “raízes” correspondem aos determinantes e condicionantes do problema (causas) e os “galhos”, “folhas”, e “frutos” correspondem às “conseqüências” do problema registrado no meio da “árvore”. (Sá e Artmann, 1994; Vilasboas e Teixeira, 1999)
- **Cenário:** um cenário é uma projeção hipotética do futuro, isto é, a antecipação, pelo pensamento, das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no plano político mais geral, no plano político-institucional, econômico, demográfico, epidemiológico, etc. (OPS, 1992). n. âmbito do processo de planejamento, a construção de cenários permite um cálculo antecipado dos limites e possibilidades de ação no futuro próximo, orientando a formulação de objetivos factíveis de serem alcançados. Por exemplo, se há evidências que indicam a possibilidade de um colapso econômico-financeiro no sistema de saúde, pode-se ser cauteloso na formulação de objetivos que exijam grandes investimentos financeiros. Por outro lado, se há perspectivas de incremento dos recursos disponíveis, pode-se projetar a realização de construções, reformas de unidades, ampliação de instalações, etc. O desenho de cenários supõe a identificação de duas ou mais variáveis que não estão sob controle do municípios ou do Distrito Sanitário onde está sendo desenvolvido o processo de planejamento, variáveis de cuja evolução dependerá as condições em que a atuação do município/DS se dará. Assim, o desenho dos cenários prováveis implica na seleção destas variáveis e no estabelecimento de hipóteses para sua evolução, atribuindo-se juízos de valor a estas hipóteses, por exemplo, evolução positiva, indiferente ou negativa. Pela conjugação das hipóteses estabelecidas para cada variável, chega-se a estabelecer os cenários tendencialmente “favorável”, “desfavorável” e “central”. n. cenário “favorável”, como se pode imaginar predominam as hipóteses de evolução que incidem positivamente sobre os planos de ação elaborados, ocorrendo o contrário no caso do cenário “desfavorável”. O cenário “central” será aquele onde os elementos positivos e negativos se equilibram.
- **Definição dos objetivos:** processo de construção de uma Imagem-Objetivo em cada área, ou ao menos a definição da Situação-Objetivo, tomando como base os problemas considerados prioritários. Cabe registrar a importância de que os objetivos (políticas) definidos em função dos resultados que se pretende alcançar com relação aos problemas selecionados no curto prazo, ou seja, levando em conta o período de governo.
- **Estratégia:** de um modo geral, defini-se estratégia como a forma de implementação de uma política. Ou seja, é o conjunto das ações realizadas com o intuito de se alcançar o objetivo proposto e, com isso, se produzir o efeito desejado sobre uma dada situação. Na definição de Beaufre (apud Testa, 1993) “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”. Para Testa (1993:15) “a estratégia não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis

ao nosso próprio desempenho...” Considerando que uma política é sempre uma forma de distribuição de poder (político, técnico e administrativo) entre atores e organizações (instituições públicas, empresas, sindicatos, partidos, etc.) pode-se entender a estratégia como um processo que implica a acumulação ou desacumulação de poder por parte dos atores sociais envolvidos em sua formulação e implementação.

- Fluxograma situacional: é uma matriz organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do Problema que está sendo analisado e, dispondo-se ordenadamente as informações referentes aos Fatos (fenômenos), Processos (condicionantes históricos) e Estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do Problema. (Matus, 1987, 1989; Teixeira, 1993). Um fluxograma situacional pode ser construído a partir de uma matriz como a apresentada abaixo:

### Fluxograma situacional

Problema:			
Descritores (VDP)	Fatos (fenoprodução)	Condicionantes (fenoestrutura)	Determinantes (genoestrutura)

- Imagem-objetivo (IO): a imagem-objetivo é uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada. Para o documento do CPPS “qualquer pessoa ou grupo social pode definir uma situação de saúde futura que considera desejável”; entretanto, acrescenta que “somente a autoridade política que detém o conhecimento de uma situação que vai acontecer e considera o futuro total ou parcialmente dominável, pode desejar uma situação de saúde e atuar para alcançá-la, ou seja, formular uma IO” (CPPS, 1975: 38). A ideologia e o conhecimento da situação de saúde são elementos básicos para a formação da imagem-objetivo, os quais permitem identificar as áreas-problema que devem ser consideradas. Desta forma, a etapa da caracterização da ‘situação inicial ou diagnóstico de situação’ pode ser considerada uma etapa anterior à formulação da IO. De acordo com o documento “a IO não é uma exposição de problemas nem de soluções. Ela oferece unicamente uma concepção de situações que – de acordo com a ideologia que a alimenta - se considera desejável e orienta a ação para alcançar esta situação, diferente da atual” (CPPS, 1975: 39)
- Mapeamento dos atores envolvidos na formulação e implementação das políticas. Trata-se de constituir o “sujeito” do processo de formulação da política, tomando como ponto de partida a identificação dos atores governamentais e não governamentais que desenvolvem ações concernentes aos problemas em foco.
- Módulo Operacional: na perspectiva estratégico-situacional do planejamento, o plano deve ser modular, isto é, constituído de Módulos Operações-Problemas, matriz onde são sistematizados os Objetivos (gerais e específicos), as atividades e tarefas a serem realizadas, com seus respectivos responsáveis, prazos de execução e indicadores de acompanhamento e avaliação.

- Momentos o processo de planejamento: segundo o enfoque situacional, o processo de planejamento é constituído de “momentos” – o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional – cada um deles trazendo em si mesmo os demais, diferenciando-se apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no pode ser ou no fazer. A noção de “momento” não se refere a etapas seqüencialmente rígidas, de modo que, na prática, pode-se desencadear o processo em qualquer momento. O quadro abaixo explicitam o conteúdo dos diversos momentos, apresentando os conceitos chaves e as principais questões teórico-metodológicas envolvidas em cada um deles:

**Quadro 1 – Momentos do Planejamento Estratégico-Situacional**

<b>Explicativo</b>	<b>Normativo</b>	<b>Estratégico</b>	<b>Tático-operacional</b>
Situação	Direcionalidade	Viabilidade	Ação-Operação
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação</li> <li>• Descrição</li> <li>• Explicação de problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cenário</li> <li>• Definição Situação – objetivo</li> <li>• Análise de coerência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de estratégias: - cooperação/conflito; - decisão, operação/permanência.</li> <li>• Análise de viabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda do dirigente;</li> <li>- Gerência de operações;</li> <li>- Sistema de “prestação de contas” (monitoramento e avaliação)</li> </ul>

- Planejamento estratégico-situacional: o enfoque estratégico-situacional foi originalmente proposto por Matus (1981, 1982, 1984, 1987) como uma teoria geral da planificação, passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Nos últimos 25 anos, esse enfoque foi difundido na América Latina, inicialmente no âmbito acadêmico, através de cursos realizados na área de Planejamento & Gestão em saúde, e posteriormente através de seminários, consultorias e oficinas de trabalho promovidas por organismos internacionais e nacionais. As principais características desse enfoque são: a) a compreensão do objeto do planejamento como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, em uma perspectiva que supera a fragmentação reducionista da realidade operada pelas disciplinas científicas e materializada nos “setores” nos quais se organiza a intervenção estatal; b) a concepção do processo de planejamento como sendo constituído de “momentos” que se interpenetram, sem seguirem uma lógica sequencial rígida, o que possibilita uma articulação das experiências acumuladas nas distintas práticas institucionais dos vários “setores”; c) a proposta de “modularização” do produto do planejamento, isto é, o entendimento do plano como “modular”, composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto (objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos), flexibilizando a organização e facilitando a participação de distintos sujeitos sociais, bem como um ordenamento espaço-temporal em função do desenho estratégico; d) as noções envolvidas na proposta de gestão do plano e gerência de operações, trazem embutida uma “teoria de governo” que abre espaços à mudança das práticas institucionais prevalentes nas organizações estatais, articulando-se com as propostas de reforma do Estado e de reorientação do desenho institucional e da prática administrativa na esfera pública, potencialmente em direção a uma democratização das relações e uma intensificação das ações comunicativas entre dirigentes, técnicos e usuários dos serviços.

- Planejamento situacional em saúde: a adaptação do enfoque situacional ao planejamento das ações e serviços de saúde vem sendo desenvolvida por vários autores. Uma perspectiva que privilegia o planejamento e programação de saúde ao nível local (municipal, distrital), foi realizada por Teixeira (1993; 2001), que sistematiza os momentos do processo, nos seguintes: a) a Análise da Situação de Saúde, que inclui a identificação, priorização e análise dos problemas de saúde em um território determinado (DS, município); b) o Desenho da Situação-Objetivo, que implica a identificação da “Imagem-Objetivo” que se pretende alcançar no médio e longo prazo, a definição dos cenários prováveis nos quais se estará atuando no curto prazo e a formulação dos Objetivos propriamente ditos, em função dos problemas priorizados; c) o Desenho das Estratégias, que inclui a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das ações propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade das ações propostas em um tempo definido; d) a Programação, Acompanhamento e Avaliação, que corresponde à programação detalhada das ações a serem realizadas, concomitante ao estabelecimento dos mecanismos de acompanhamento e avaliação periódica dos resultados alcançados com a execução das ações propostas.
- Plano Operativo: ou Plano de ação, documento que contém a análise da situação realizada e o conjunto dos Módulos operacionais (P-O), com a definição dos respectivos responsáveis pela execução. É, portanto, um guia para a implementação das ações propostas e para o monitoramento e avaliação do andamento do processo de implementação e de seus resultados.
- Política: o termo “política” possui muitos significados, incluindo desde a “arte” de governar até a “ciência”, o estudo dos fenômenos ligados ao Estado, ao governo, aos negócios públicos. Refere-se, portanto, tanto a uma prática social, cuja finalidade diz respeito à condução de pessoas, grupos, instituições, partidos, visando o alcance de determinados objetivos, quanto aos saberes relativos a estas atividades, aí incluídos os princípios e valores que fundamentam as posições de indivíduos, grupos e instituições diante de problemas e necessidades sociais que demandam respostas coletivas, as quais podem ser baseadas ou não em conhecimentos produzidos a partir de investigações científicas. Estudos da área de Administração Pública e Ciência Política têm trabalhado, também, com uma noção mais circunscrita de “política”, definindo-a como “o conjunto de objetivos que informam determinado programa de ação governamental e condicionam a sua execução”. Nesse sentido, o termo “política” se refere às escolhas, às decisões tomadas por uma determinada autoridade política, decisões estas que conformam “o que fazer” diante de um determinado problema, necessidades ou demandas sociais, podendo ter sido, ou não, fruto de um processo político participativo. Encontramos aí os dois significados mais comuns do termo “política”, distinguidos, em inglês, pelos termos “policy” e “politics”, o primeiro referindo-se ao conteúdo da decisão, à proposta de ação, ao objetivo a ser alcançado, e o segundo referindo-se ao processo de decisão, ao processo político, de análise do problema e escolha da solução, que implica a seleção de alternativas, o que pode resultar em conflito de interesses e, portanto, na necessidade de construção de consensos em torno dos objetivos a serem perseguidos e dos meios a serem utilizados para isso (Sonis, e Lanza, 1978).n. contexto latino-americano a preocupação com a elaboração de métodos e técnicas que subsidiassem o processo de decisão no âmbito das organizações governamentais (Estado) e a formulação de políticas de saúde, data de meados dos anos 70 do século passado, e gerou a constituição de um processo que tem se

desdobrado no âmbito acadêmico, com a conformação de uma área de produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico que resulta na existência, hoje, de um conjunto de estudos e propostas metodológicas para a formulação e implementação de políticas nesta área.

- Problema: qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação. O entendimento sobre o que é um problema varia de acordo com o referencial social, cultural, político e técnico do “ator” que está explicando a situação, isto é dos sujeitos que participam do processo de planejamento. Isso exige, por um lado, um esforço de identificação dos referenciais adotados pelos distintos atores e, por outro, indica a necessidade de se estabelecer um processo de diálogo e negociação entre os atores para se chegar a uma definição clara e consensual acerca do problema ou dos problemas que serão objetos do planejamento.
- Problema de Saúde é a representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e a desejada ou idealizada. Assim, pode ser uma doença, um agravamento, uma insuficiência de recursos ou uma ausência de um determinado serviço de saúde, ou até fatos que, na verdade explicam uma doença (por exemplo, falta de saneamento básico, fome, etc.). Há uma tendência das lideranças comunitárias em identificar condicionantes e determinantes como problemas de saúde, por exemplo, desemprego, falta de saneamento básico, etc. Os profissionais de saúde tendem a identificar doenças e agravos, e, principalmente, questões relacionadas com a infra-estrutura e a organização de serviços.
- Problema do sistema de serviços de saúde: é a expressão de limitações, dificuldades, fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde. Considerando-se os componentes de um sistema de saúde – Infra-estrutura de recursos, organização dos serviços, Gestão e Financiamento, Processo de produção de serviços e produtos oferecidos à população usuária, pode-se identificar problemas de distinta natureza, magnitude e abrangência. Problemas de infra-estrutura, geralmente se apresentam como limitações no volume de recursos disponíveis (físicos, materiais, humanos e/ou financeiros) bem como na inadequação da forma de distribuição e utilização desses recursos. Problemas organizativos podem se apresentar como inadequação na forma de organização do processo de trabalho (práticas de saúde), ou inadequação da forma de organização dos serviços (estabelecimentos, como centros de saúde, hospitais, etc.) ou na inadequação na forma de organização do sistema de serviços (de acordo com princípios organizativos adotados, como é o caso, no âmbito do SUS, dos princípios de hierarquização, e regionalização dos serviços). Problemas de Gestão e Financiamento se expressam como debilidades na condução política (tomada de decisões), no planejamento, programação, orçamentação e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, na articulação intersetorial e interinstitucional necessária ao desenvolvimento das ações de saúde, na garantia e consolidação da participação e controle social, etc... Tudo isso de acordo com o grau de aproximação ou não da realidade observada aos princípios e diretrizes definidas em lei, fruto de processos histórico de luta e definição da direcionalidade do sistema. Finalmente, Problemas na prestação de serviços podem se apresentar por seus “efeitos”, isto é, problemas no alcance da cobertura necessária, na garantia da acessibilidade, qualidade, equidade, integralidade e humanização



do atendimento ou, por limitações e dificuldades identificadas no processo de prestação de serviços em si mesmo, casos em que se analisa a observância ou não de normas técnico-científicas definidas em função do avanço do conhecimento científico e tecnológico na área e do grau de apropriação desse conhecimento pelos sujeitos das práticas, através de atividades de capacitação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores de saúde.

- Seleção de prioridades em termos dos problemas e das ações a serem desenvolvidas em cada área específica. Com base na análise da situação atual e suas tendências, bem como na avaliação dos efeitos das ações que vem sendo desenvolvidas em cada área e suas eventuais limitações, o processo de seleção de prioridades pode vir realizado a partir da definição de vários critérios, como por exemplo, magnitude do problema, relevância política (transcendência) atribuída a ele, vulnerabilidade e custo da intervenção, etc.
- Situação: conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social. Essa tomada de posição diante do processo de conhecimento tem como uma das consequências a admissão da pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução dos seus objetivos, ainda que não escrevam planos. A concepção situacional do objeto de conhecimento e intervenção por parte das instituições envolvidas implica a incorporação do “enfoque por problema”, isto é, a identificação e seleção de problemas sociais que podem ser analisados de distintos ângulos, contribuindo para a identificação da contribuição possível de cada instituição envolvida no seu enfrentamento e solução. A base teórico-metodológica dessa concepção reside no “fluxograma situacional”, instrumento de análise de problemas fundamentado na teoria da produção social. O fluxograma situacional permite que se sistematizem as informações disponíveis acerca dos problemas, seja das suas formas de expressão enquanto fatos ou fenômenos que se oferecem à percepção mais ou menos imediata ou enquanto condicionantes e determinantes histórico-estruturais.
- Situação-Objetivo: a definição dos objetivos é um processo que leva em conta a análise da situação de saúde efetuada, podendo-se considerar que, em linhas gerais, um objetivo é a imagem invertida do problema ou de uma de suas causas ou consequências. Nessa perspectiva, os Objetivos podem ser de três tipos: a) Objetivos relativos aos resultados que se pretenda alcançar em termos da situação tomada como ponto de partida para processo de planejamento; b) Objetivos relativos aos produtos das ações que serão realizadas para intervir sobre os problemas identificados e priorizados na análise da situação; c) Objetivos relativos às mudanças que se pretenda introduzir no processo de produção dessas ações. A sistematização dos Objetivos definidos é o ponto de partida para a definição das estratégias de ação e, conseqüentemente, para a programação operativa, a execução e o acompanhamento e avaliação das ações. Se a explicação dos problemas foi feita utilizando-se o fluxograma situacional, a sistematização dos Objetivos pode corresponder a uma imagem invertida do fluxograma. Quando se utiliza a técnica de “árvore de problemas”, a sistematização dos objetivos pode ser feita através da construção de uma “árvore de objetivos”. (Sá e Artmann, 1994; Vilasboas e Teixeira, 1999)

- Triângulo de governo: conceito central da contribuição teórica de Carlos Matus. Para ele, (1987:73) governar é “algo muito complexo que não pode reduzir-se inteiramente a uma teoria. É uma arte, porém não é pura arte. Para governar se requer cada vez mais um certo domínio teórico sobre os sistemas sociais”. Para o autor governar exige articular constantemente três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema, cuja articulação compõe o triângulo de governo (Matus, 1987b). O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa como também da sua capacidade de governo. A capacidade de governo diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, as habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à governabilidade do sistema, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (Matus, 1987b).
- Trilogia matusiana: conjunto de propostas metodológicas para a execução de processos de planejamento que tomem como referencial o enfoque estratégico-situacional proposta por Carlos Matus. Incluem o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e o Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos (ZOOOP).



## Referências bibliográficas do glossário de termos do instrumento de avaliação

- FILHO, Naomar Almeida. **A clínica e a epidemiologia**. Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO, 1997. 205 p.
- BARATA, Rita B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. 276 p.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 176 p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR; BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília, 2003. 65 p.
- KLECZKOWSKI, Bogdan *et al.* El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. **Cuadernos de Salud Pública**, Ginebra, n. 80, 1984.
- MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde. **Guia do usuário**. Cuiabá, 2002. 96 p.
- MATUS, Carlos. **O líder sem estado maior**. São Paulo: Edições FUNDAP, 2000. 206 p.
- MENDES, Eugênio V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 89 p.
- \_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS**. 2 t. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- MOTTA, Paulo Roberto. **La ciencia y el arte de ser dirigente**. Santa fé de Bogotá: TM Editores/Ediciones Uniandes, 2003. 241 p.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 1997. 293 p.
- \_\_\_\_\_. **Glossário de terminologia**. Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”. (Para uso com o Instrumento de Medição do Desempenho das FESP). Brasília, 2001. 10 p.
- PAIM, Jairnilson S. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. 447 p.
- \_\_\_\_\_; FILHO, Naomar Almeida. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: ISC/UFBA; Casa da Qualidade Editora, 2000. 125 p.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. v. 2. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003.
- RIVERA, Francisco Javier U. **Análise estratégica e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 309 p.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar Almeida (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 728 p.
- STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: BRASIL. Ministério da Saúde; UNESCO, 2002. 726 p.
- TEIXEIRA, Carmen. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 105 p.
- \_\_\_\_\_. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001. 79 p.
- \_\_\_\_\_. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. 128 p.
- \_\_\_\_\_. Saúde da família, promoção e vigilância da saúde: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição Especial, Brasília, p. 10-23, 2004.



## Referências bibliográficas do glossário para o fortalecimento

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Instrumentos de gestão, manual de consulta rápida**. Brasília, 2001.

FERNÁNDEZ, M. Aspectos Institucionales en la formulación de las políticas de salud. In: COVA, D. G. (Ed.) **Políticas de salud en América Latina: aspectos institucionales de su formulación, implementación y evaluación**. 1988. p. 17-27.

KELLY, R. M. & PALUMBO, D. **Theories of police making**. s. n. t.

MATUS, Carlos. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera, F.J.U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Cortez; ABRASCO, 1989, p. 107-123.

\_\_\_\_\_. Planejamento estratégico-situacional. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde. Um enfoque estratégico**. v.2. C. São Paulo: Cortez, 1989. 222 p.

\_\_\_\_\_. **Planificación, libertad y conflicto**. Caracas: IVEPLAN, 1981, 80 p.

\_\_\_\_\_. **Planificación, política y gobierno**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1987, 768 p.

\_\_\_\_\_. **Política y plan**. Caracas: IVEPLAN, 1982, 186 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Formulación de Políticas de Salud. In: OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1975, Santiago, **Anais...**Santiago: OPS, 1975.

\_\_\_\_\_. **Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud: la Administración Estratégica**, Washington D. C, 1992, 160 p.

\_\_\_\_\_. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación en salud**. Washington D. C, 1965. (Publicación Científica, 111).

PAIM, J. S. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ ISC, 2002. p. 407-433.

\_\_\_\_\_. Burocracia y aparato estatal: implicaciones para la planificación e instrumentación de políticas de salud. In: FLEURY, S. (Org.). **Estado y políticas sociales en América Latina**. México: UAM; Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 1992. p. 293-311.

PUNTES-MARKIDES, C.; HURTADO, M. Análisis sectorial para la formulación de políticas de salud. **Educación Médica y Salud**, v.28, n. 2, p. 171-197, 1994.

SÁ, M. C.: ARTMANN, E. Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 1994, p. 19-44.

SCHRAIBER, L. (Org) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990, 226 p.

\_\_\_\_\_; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996, 286 p.

SONIS, A.; LANZA, A. Política de saúde. In: SONIS, A. et al. **Medicina sanitaria y administración de la salud**. t. 1. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1978, p. 34-55.

- TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 115 p.
- \_\_\_\_\_. Planejamento e programação situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 237-265.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: ISC/UFBA, 2001. 79 p.
- TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- \_\_\_\_\_. Pensamento estratégico em saúde. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. v. 2. São Paulo: Cortez, 1989. 222 p.
- \_\_\_\_\_. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- URIBE RIVERA, Francisco Javier. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253 p.
- \_\_\_\_\_. Planejamento de Saúde na América Latina: revisão crítica. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Um enfoque estratégico. v.2. São Paulo: Cortez, 1989. 222 p.
- \_\_\_\_\_. Por um modelo de formulação de políticas de saúde baseado no enfoque estratégico da planificação. In: URIBE RIVERA, F. J.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e programação em saúde. Um enfoque estratégico. v. 2. São Paulo: Cortez, 1989. 222 p.
- \_\_\_\_\_. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1988. 31 p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 5).





