

Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo III - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 18: Gestão e Avaliação na
Estratégia Saúde da Família



GESTÃO E AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MÓDULO 18

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

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

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

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-Graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

AUTORES

Maria Cristina Marino Calvo

Flavio Ricardo Liberali Magajewski

Selma Regina de Andrade

REVISOR

Sérgio Torres Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

GESTÃO E AVALIAÇÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Eixo III

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588g Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.

Gestão e avaliação na estratégia saúde da família [Recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina; Maria Cristina Marino Calvo, Flávio
Ricardo Liberali Magajewski, Selma Regina de Andrade. – Florianópolis,
2010.

90 p. (Eixo 3. Gestão e Planejamento para a Consolidação da Estratégia
Saúde da Família).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

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

CDU: 614:005.51

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Marcia Melo Bortolato

Design Instrucional Lívia Felizardo

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

UNIDADE 1 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	13
1.1 Planejamento e Gestão Governamental	17
1.1.1 Orçamento Público	18
1.1.2 Os Aspectos Legais do Orçamento	20
1.1.3 O Ciclo Orçamentário	21
1.1.4 Os instrumentos de Gestão do SUS	22
1.2 A gestão financeira da política de saúde	25
1.2.1 Fundo Municipal de Saúde	26
1.2.2 Transferência Fundo a Fundo	28
1.2.3 A Emenda Constitucional n.º 29	29
1.3 Gestão do Acesso Regionalizado aos Serviços de Média e Alta Complexidade	31
1.3.1 A Regionalização e os Instrumentos de Gestão (PDR, PDI e PPI)	32
1.4 A Gestão participativa	36
REFERÊNCIAS	39
UNIDADE 2 GESTÃO LOCAL EM SAÚDE	43
2.1 Organização dos Sistemas Locais de Saúde	43
2.2 Gestão em Saúde no Cotidiano das Unidades Básicas: Eixo Primário	45
2.2.1 Atividades Primárias na Atenção Básica	46
2.2.2 Acolhimento	46
2.2.3 Atividades de Atenção Individual	47
2.2.4 Atividades Coletivas	48
2.2.5 Atenção Domiciliar	48
2.2.6 Vigilância Local em Saúde	49
2.2.7 Coordenação do Cuidado	49
2.3 Gestão em Saúde no Cotidiano das Unidades Básicas: Eixo de Apoio	49
2.3.1 Estrutura Física	50
2.3.2 Instrumentos de Organização e de Gestão da Atenção Básica	51
2.3.3 Gestão de Informações	53
2.3.4 Gestão do Conhecimento	56
2.3.5 Gestão de Materiais	57
2.3.6 Gestão do Trabalho na Atenção Básica	59
2.3.7 Gestão por Resultados dos Serviços, Equipes e Profissionais	61
2.4 Controle Social e Ações Intersetoriais no Sistema Local de Saúde	63
REFERÊNCIAS	66

UNIDADE 3 AVALIAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE	69
3.1 Avaliação em Saúde.....	69
3.2 Questões da avaliação	72
3.3 Técnicas e Instrumentos Para Avaliação	77
3.4 Avaliação para Melhoria da Qualidade da Saúde da Família.....	81
REFERÊNCIAS	86
AUTORES.....	87

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

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

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

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

Ementa

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

Objetivos

- a) Compreender a gestão do sistema municipal de saúde em suas atividades mais relevantes;
- b) Conhecer e aplicar conceitos e processos relacionados à gestão em saúde, suas operações de funcionamento e de trabalho em equipe, no cotidiano das UBS e ESF;
- c) Aproximar-se dos conceitos e técnicas de avaliação em saúde.

Carga horária: 30 horas.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Gestão do sistema municipal de saúde.

Unidade 2: Gestão local na Estratégia Saúde da Família.

Unidade 3: Avaliação em sistemas locais de saúde.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo (a) a este módulo!

Através do conteúdo trabalhado aqui você vai aprender sobre gestão e a avaliação na Estratégia Saúde da Família além de desenvolver competências importantes para desempenhar bem sua função.

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

Bons estudos!

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

UNIDADE 1

MÓDULO 18

1 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Tendo em vista o objetivo desta Unidade, procuramos selecionar as atividades mais relevantes desenvolvidas pelo gestor municipal. Priorizaram-se nesta seleção as ações sistêmicas, ou seja, as atividades cujos efeitos distribuem-se de forma geral sobre o sistema municipal de saúde. A efetividade de tais ações produz impacto positivo sobre o desempenho global do sistema, definindo seus resultados. As ações a que nos referimos são: o processo de planejamento e gestão do sistema municipal de saúde, a gestão orçamentário-financeira do sistema municipal de saúde, a gestão do acesso regionalizado aos serviços de saúde de média e alta complexidade (MAC), e a gestão participativa.

A gestão de um sistema municipal de saúde é uma tarefa ampla e complexa, qualquer que seja a dimensão do município. A responsabilidade sanitária sobre a saúde da população de um determinado território é, em última instância, sempre um compromisso do gestor municipal, apoiado pelos gestores das outras esferas de governo (o estado e a União). Essa afirmação assume o reconhecimento de que as exigências associadas à garantia da saúde de uma população, qualquer que seja a sua dimensão, é uma tarefa no mínimo grandiosa.

A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil consagrou o arranjo inédito de três esferas de governo autônomas e cooperativas. Para que haja sinergia no desenvolvimento das políticas públicas, entretanto, um enorme esforço deve ser realizado para que essa cooperação se concretize. Ela é a condição fundamental para que o cidadão, morador em todos os municípios brasileiros, possa se beneficiar das ações e das políticas governamentais assumidas como compromisso de Estado na Constituição Federal de 1988.

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

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

O processo de descentralização está sendo em vários outros locais do mundo, utilizado. Não somente no setor saúde, mas também para operacionalizar outras políticas. A discussão acerca da descentralização é polêmica, na medida em que se trata de um processo complexo, que incorpora muitas dimensões. Em geral, não pode ser assumido como um dogma administrativo de aplicação universal em qualquer circunstância.

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

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

Inampiano: Refere-se à cultura centralista e autoritária que dominava o modelo médico previdenciário até o final da década de 80 do século passado, que estava sob gestão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

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

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

determinadas políticas executadas pelos municípios, caso do Piso da Atenção Básica e do incentivo para o financiamento da Estratégia de Saúde da Família (PAB variável).

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

No final da década de 1990, ficou claro que o processo de descentralização tinha praticamente se esgotado e estava em risco pela incapacidade dos municípios assumirem isoladamente a responsabilidade pela atenção integral da saúde de seus habitantes. A concentração dos serviços de saúde de maior complexidade, em poucos municípios de maior porte, não garantia o acesso equânime, da população dos municípios menores a estes procedimentos, além disso, ineficiências econômicas e técnicas associadas a serviços com dimensionamento de produção inadequado começaram a ser mais bem percebidas, tornando claro o limite da opção pela fragmentação dos sistemas de saúde, base da municipalização sem articulação regional.

A superação da municipalização atomizada foi possível pela negociação de um novo entendimento do processo de descentralização, agora assumida como sinônimo de regionalização. A incorporação da ideia da regionalização, além de resolver os problemas já indicados, teve a virtude de recuperar o papel do gestor estadual como coordenador do processo de constituição de redes regionalizadas em cooperação com os municípios. Desta forma, ampliou-se o número de atores envolvidos no processo de operacionalização do SUS, tornando-o mais factível.

Nesse processo, a região de saúde ou distrito sanitário é o reconhecimento, definição e percepção da dinâmica da saúde existente nos espaços locais. As regiões de saúde devem ser entendidas como territórios-população com necessidades e recursos nos quais serão desenvolvidas as ações sanitárias articuladas, visando à satisfação das necessidades de saúde e de bem-estar da população ali residente. Vários instrumentos são utilizados na regionalização, mas o mais relevante é o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

2 Comissões Bipartites:

Comissões que reúnem representação dos municípios e do gestor estadual.

3 Comissões Tripartites:

Comissões que reúnem representantes das três esferas de governo.

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

Considerando aspectos econômicos, sociais, a rede de serviços, a mobilidade e a cultura de consumo de serviços de saúde de cada população, a regionalização exige a definição de microrregiões e macrorregiões de saúde, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). Essas definições facilitam o planejamento da localização e dimensionamento dos serviços e ações em saúde, garantido, a partir do acesso territorializado, aos serviços de atenção primária.

As necessidades não atendidas pelo primeiro nível de atenção são resolvidas pela organização de fluxos e referências para o acesso aos serviços de média e alta complexidade, necessários para efetivar a atenção integral à saúde de toda a população. Um dos principais instrumentos para a construção da rede regionalizada de atenção é a Programação Pactuada Integrada (PPI).

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

Neste documento, um gestor que possui serviços em seu território, se compromete a oferecê-lo para outros municípios, tendo como vantagem as transferências dos recursos referentes aos procedimentos pactuados para o seu teto financeiro de média e alta complexidade (MAC). Além da gestão integrada dos recursos e serviços de saúde - dentro e fora do município - com o objetivo de garantir a todos os serviços de que necessitem, o gestor municipal tem inúmeras responsabilidades adicionais que podem ser listadas a partir da leitura do conteúdo do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM). Este Termo é firmado por cada gestor com a

aprovação do Conselho Municipal de Saúde e homologado nas demais instâncias de pactuação do SUS.

Neste Termo, incorporado como um instrumento administrativo de responsabilização sanitária dos gestores das três esferas de governo, desde o Pacto pela Saúde (2006), fica claro de quem é a responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde localizados em cada território. Ali também está definido quem fará uso deles, os recursos alocados pelas três esferas de governo, para o financiamento do SUS, e o conjunto das ações a serem desenvolvidas pelo município com o eventual apoio do estado. Adicionalmente, a pactuação dos objetivos e metas prioritárias pactuadas pelas três esferas de governo acrescidas das propostas que cada município incluiu no seu Plano de Saúde.

O Pacto pela Saúde⁴, processo de atualização e distribuição das responsabilidades pela formulação, organização, execução e avaliação da política de saúde entre as esferas de governo, incluiu três dimensões:

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

O Pacto em Defesa do SUS, procurou reforçar o compromisso dos gestores e da sociedade brasileira com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, através da repolitização da saúde compreendida como política pública e direito de cidadania. O seu objetivo imediato é adequar o financiamento do sistema com as necessidades da população.

Finalmente, o Pacto de Gestão, que estabeleceu novas formas de financiamento para a gestão do SUS, através de cinco blocos⁵ de financiamento, nos quais foram definidas nove áreas⁶ estratégicas de desenvolvimento da gestão do SUS.

1.1 Planejamento e Gestão Governamental

“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente e evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”

Chorny, 1998.

4 Negociado em 2006 entre o Ministério da Saúde e as representações das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

5 Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS.

6 Descentralização, Regionalização, Planejamento, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

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

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

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

Você já viu no módulo 3 como fazer e operacionalizar o planejamento na equipe de saúde da família. Aqui vamos falar do planejamento no nível da gestão pública, que envolve relações entre esferas de governo e aspectos orçamentários específicos, os quais serão aqui apresentados.

1.1.1 Orçamento Público

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

A Lei 4320/64 que institui normas gerais de direito financeiro para a elaboração e o controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, em seu artigo 34, afirma que “o exercício financeiro coincidirá com o ano civil”. (BRASIL, 2010a)

Assim, o orçamento público apresenta-se como um instrumento importante na gestão dos recursos públicos, já que ele permite que a sociedade controle as despesas efetuadas e as receitas arrecadadas. O orçamento público tem alguns princípios que orientam a sua elaboração: Unidade, Universalidade, Anualidade, Equilíbrio, Publicidade e Clareza. Vejamos alguns detalhes de cada princípio no quadro 1 a seguir:

O Princípio da Unidade

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

O Princípio da Universalidade

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

O Princípio da Anualidade

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

O Princípio do Equilíbrio

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

O Princípio da Publicidade

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

O Princípio da Clareza

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

Quadro 1: Princípios do orçamento público.

Fonte: Do autor.

1.1.2 Os Aspectos Legais do Orçamento

As determinações legais sobre a prática orçamentária no Brasil estão fundamentadas na Constituição Federal, nos artigos 165 a 169, na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, que instituiu normas gerais de Direito Financeiro para a elaboração e o controle dos orçamentos e demonstrações financeiras da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, e na Lei Complementar nº 101, de 4 de Maio de 2000, também conhecida como Lei da Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

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

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

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

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

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

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

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

1.1.3 O Ciclo Orçamentário

O ciclo orçamentário é a série de passos ou processos, articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, por meio dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados, avaliados, controlados e tem suas contas julgadas pela Corte de Contas, num processo de contínua realimentação. Como você pode observar, o ciclo orçamentário é maior do que o conceito de exercício, já que ele se inicia no exercício anterior ao de execução do orçamento, e se conclui no exercício seguinte ao da execução do orçamento, ocupando praticamente o período de três exercícios (Figura 2).

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

Figura 2: Ciclo do planejamento governamental - Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA).

Fonte: Do autor.

1.1.4 Os instrumentos de Gestão do SUS

O ciclo orçamentário do planejamento governamental, instituído pela Portaria nº 3.085 de 2006, inspirou a gestão do Sistema Único de Saúde a desenvolver, nas três esferas de governo, instrumentos de gestão da política de saúde, articulados e integrados com o processo maior de gestão: são eles o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (BRASIL, 2010c).

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

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

Os Planos de Saúde, depois de aprovados, são publicados e divulgados em páginas oficiais das Secretarias de Saúde. Você já participou da elaboração do Plano de Saúde no seu Município? Sabe o que está previsto para o atual mandato de governo municipal e estadual? Procure saber!

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

Modelo de Programação Anual de Saúde, ver figura 3.

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

Figura 3: Modelo de Programação Anual de Saúde.

Fonte:: Do autor.

A cada final de exercício (ano da execução orçamentária), o Gestor elabora o Relatório Anual de Gestão, comparando o planejado com o executado, avaliação útil para a elaboração da Programação Anual de Saúde do próximo ano. O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados pela gestão, indicando o percentual (%) de realização de cada meta física e/ou financeira estabelecida para cada ação incluída na Programação Anual de

Saúde. O detalhamento da aplicação dos recursos repassados pelas outras esferas de governo através de seus Fundos de Saúde e dos recursos próprios do município para fins de comprovação do cumprimento da Emenda Constitucional 29, são importantes para garantir transparência à gestão do SUS em cada esfera de governo.

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

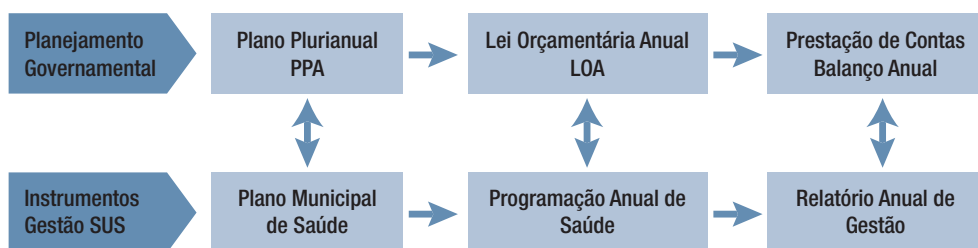


Figura 4: Articulação do planejamento governamental com os instrumentos de gestão do SUS.

Fonte: Do autor.



Um modelo básico sugerido para elaborar o Plano de Saúde do município pode ser encontrado no site da SES-SC, o qual se encontra disponível no endereço eletrônico www.saude.sc.gov.br, na barra de ferramentas – PlanejaSUS.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Guia para elaboração do plano municipal de saúde. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=plano+saude&ordering=&searchphrase=all&limit=20&Itemid=293&option=com_search. Acesso em: 6 out. 2010.

Da mesma forma, a SES também disponibiliza em seu site uma ferramenta para apoiar os gestores municipais a elaborarem os seus Relatórios Anuais de Gestão.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Elaboração do relatório anual de gestão municipal. Disponível em:

<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=312:elaboracao-do-relatorio-anual-de-gestao-municipal-&catid=405>. Acesso em: 6 out. 2010.

Você pode saber mais sobre os instrumentos de gestão do SUS lendo o Manual número 2 do PlanejaSUS, juntamente com outros materiais instrucionais do Sistema de Planejamento do SUS, que se encontram disponíveis no site do Ministério da Saúde:

BRASIL. Ministério da Saúde. Planejamento do SUS: uma construção coletiva. 2. ed. Brasília, 2009. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2). Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=215&Itemid=186>. Acesso em: 29 set. 2010.

1.2 A gestão financeira da política de saúde

A gestão do sistema de saúde se inicia com o processo de planejamento governamental (que em alguns aspectos tem semelhança com a dinâmica do planejamento da unidade local de saúde já apresentada em outra unidade deste Curso). Entretanto,

como já vimos quando estudamos o ciclo administrativo, essa etapa é apenas o início do processo de execução dos projetos e ações inscritos no PPA e na Programação Anual de Saúde. É importante garantir a máxima transparência e segurança no processo de utilização dos recursos públicos nas funções e ações que foram priorizadas no plano orçamentário e autorizadas pelo Poder Legislativo quando aprovou a lei orçamentária anual. Para isso, foram criados alguns instrumentos de gestão financeira e contábil desde a publicação das leis orgânicas da saúde, sendo o principal deles o Fundo de Saúde.

1.2.1 Fundo Municipal de Saúde

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

Na Lei 8.080/90 no seu Art. 33, os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2010d).

As contas especiais, ou fundos, podem ser entendidos, de forma simplificada, como uma conta (ou conjunto de contas bancárias especializadas) que tem como objetivo a execução de uma única política ou ação governamental. Os fundos foram previstos no Aty. 71, da Lei federal nº 4.320/64, sendo conceituados como: “o produto de receitas específicas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultado a adoção de normas peculiares de aplicação.” (BRASIL, 2010a).

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

A competência específica pelo controle, prestação e tomada de contas é do Tribunal de Contas ou órgão equivalente. (Art 71 a 74, Lei federal 4.320/64). Os Conselhos de Saúde, por atribuição legal, também têm função de fiscalização da execução dos recursos dos fundos de saúde.

Enfim, o Fundo Municipal de Saúde (FMS) é um instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, destinado a gerir

centralizadamente, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. O Fundo de Saúde é legalmente considerado uma figura juridicamente constituída, devendo utilizar o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) da própria Prefeitura (com alteração do dígito de controle).

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

O FMS obedece, na execução de suas atividades, às mesmas leis, normas e procedimentos comuns à administração pública tais como as leis federais 4.320/64 e 8.666/93 e suas alterações; a Lei complementar nº 101/00 - Lei de Responsabilidade Fiscal, bem como as leis e normas municipais complementares (BRASIL, 2010a; BRASIL 2010b).

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

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

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

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

1.2.2 Transferência Fundo a Fundo

As transferências fundo a fundo são formas de descentralização de recursos estabelecidas por leis específicas, que se caracterizam pelo repasse diretamente de fundos da esfera federal e ou estaduais para fundos das esferas estaduais e municipais, dispensando a celebração de convênios.

As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do Fundo Nacional de Saúde (FNS) estão na Lei nº 8.142, de 19 de fevereiro de 1990 (BRASIL, 2010e), regulamentada pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. O Governo de Santa Catarina realiza transferências fundo a fundo para os fundos municipais de saúde de acordo com a Lei nº 13.333, de 22 de fevereiro de 2005 (SANTA CATARINA, 2010).

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

O depósito é efetuado em contas individualizadas específicas dos fundos, conforme os blocos de gestão da Portaria GM/MS nº 204, de janeiro 2007, e Portaria nº 1.497, de 22 de junho de 2007 (BRASIL, 2010f). A aplicação dos recursos deve ser realizada conforme previsto no plano de saúde.

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

Segundo já exposto anteriormente neste capítulo, os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme poderemos observar com o exemplo abaixo. Dentre os cinco blocos

estabelecidos pelo Pacto de Gestão, temos o da Atenção Básica, cujos recursos devem ser aplicados exclusivamente nas ações e nos serviços de saúde relacionados à Atenção Básica.

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

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

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

1.2.3 A Emenda Constitucional n.º 29

A Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29), aprovada no final do ano 2.000, contribuiu para estabelecer de forma mais clara e concreta a responsabilidade das três esferas de governo pelo financiamento do SUS. A EC nº 29 alterou vários artigos da Constituição Federal (Art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198) e acrescentou um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde no país (BRASIL, 2000).

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

Ficou definido na Constituição que a cada cinco anos, por meio de Lei Complementar, o financiamento do SUS deverá ser reavaliado. No caso de não haver a edição de lei, os critérios válidos continuarão a ser os estabelecidos na própria EC n.º 29.

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



Saiba Mais

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), possibilita o acompanhamento do cumprimento da Emenda Constitucional 29. Ele está disponível no DATASUS, acessando o endereço:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS.

Sistema de informações sobre orçamento público em saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=03>>.

Acesso em: 4 out. 2010.

Procure conhecer os relatórios disponibilizados pelo sistema! Vá ao site indicado e veja o desempenho financeiro do seu município, no exercício de 2009, nos relatórios disponibilizados pelo SIOPS.

1.3 Gestão do Acesso Regionalizado aos Serviços de Média e Alta Complexidade

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

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

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

As possibilidades para solucionar este problema incluem:

- a) A qualificação da atenção básica, aumentando a resolutividade da atenção oferecida no nível primário e, portanto, reduzindo os encaminhamentos para outros níveis de atenção;
- b) A construção de protocolos administrativos e clínicos, definindo mais claramente os critérios para priorizar os encaminhamentos e os fluxos que deverão ser respeitados para a garantia de acesso;

- c) A implantação de sistemas de regulação que avaliem as solicitações e priorizem os casos mais urgentes também tem tido bons resultados onde foram implementados;
- d) A oferta adicional de serviços e/ou procedimentos através da contratualização de novos prestadores, a compra de serviços adicionais através de consórcios ou a implantação de novos serviços públicos para atender a demanda mais prevalente.

1.3.1 A Regionalização e os Instrumentos de Gestão (PDR, PDI e PPI)

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

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

1.3.1.1 Plano Diretor de Regionalização (PDR)

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

O PDR pode ser entendido de duas maneiras: como um artifício de planejamento, no qual a definição de variáveis como o território, a população e o perfil da oferta de serviços ajuda a pensar como montar fluxos e otimizar o acesso dos pacientes aos serviços de que necessitam, ou como um instrumento-processo de promoção de cooperação e solidariedade entre gestores, estimulando a gestão loco-regional e processos de co-gestão do território, orientada para a gestão dos compromissos expressos nos termos de compromisso de garantia de acesso da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI).



Conheça o PDR 2008! Procure no site da SES as Deliberações CIB 92 e 245/2008 e seu anexo, que aprovaram o PDR 2008 de Santa Catarina e veja como está configurada a região de saúde em que o seu município se situa:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 92, 3 de julho de 2008. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=123&Itemid=128&limitstart=150>.

Acesso em: 6 out. 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 245, de 20 de novembro de 2008. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=123&Itemid=128. Acesso em: 6 out. 2010. Inclui anexo.

1.3.1.2 Plano Diretor de Investimento (PDI)

As dificuldades para garantir o compromisso de acesso a todas as necessidades de saúde em cada região de saúde (até o limite definido pelo PDR e PPI) são indicadores de oportunidades de investimento para superar a carência de serviços ou o subdimensionamento de equipamentos. O PDI é uma tentativa de negociação de prioridades regionais e alocação de recursos de investimento tripartites que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. Em um sentido mais amplo, ele deve considerar a integralidade da atenção, incluindo investimentos em serviços e ações de vigilância e promoção em saúde.

1.3.1.3 Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A PPI é um grande processo planejado de alocação de recursos a partir dos critérios e dos parâmetros pactuados entre os gestores, com carências de serviços de média e alta complexidade, sob sua gestão. A partir de acordos, os gestores explicitam pactos de referência pelos quais um município assume atender à população de outro município, ambos integrados à mesma região de saúde e/ou macrorregião,

passando a receber, além dos recursos destinados ao atendimento de sua própria população, os da população a ele referenciada.

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

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

A Ficha de Programação Orçamentária (FPO) é um documento de responsabilidade de cada gestor que registra a programação física (o número de procedimentos programados) e orçamentária (os recursos alocados para o pagamento dos serviços programados) de cada unidade produtora de serviços de média e alta complexidade, e não deve ultrapassar o teto definido na PPI. A PPI da Assistência em vigor foi aprovada pela Deliberação CIB nº 270, de 16 de dezembro de 2008, que propôs novos parâmetros e critérios, atualizou os custos médios, incorporou a nova tabela integrada do SIA e SIH e atualizou a população com base nas estimativas do IBGE de 2007.

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

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



Saiba Mais

Para acessar a PPI do seu município, entre no site da SES, ou diretamente no link:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. PPI ambulatorial.

Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=133>.

Acesso em 5 out. 2010.

No Menu Programação Pactuada Integrada da Assistência, procure os Termos de Compromisso de Alta Complexidade no link:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Termos de compromisso de garantia de acesso. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=147&Itemid=82>. Acesso em 5 out. 2010.

1.3.1.3.1 Tratamento Fora de Domicílio

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

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



Se você quer conhecer melhor como funciona o TFD, acesse o site da SES:

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Ações em Saúde. Manual estadual de tratamento fora de domicílio. Florianópolis, 2004. Disponível em:

<http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?searchword=Tratamento+Fora+do+D&ordering=&searchphrase=all&Itemid=293&option=com_search>. Acesso em 4 out. 2010.

1.4 A Gestão participativa

O princípio da democracia direta pressupõe que, quanto maior a participação da sociedade na construção e na fiscalização das políticas públicas (caso do SUS) mais chance teremos de dar visibilidade ao princípio que sustenta o poder do Estado: de que o poder emana do povo e em seu nome é exercido.

Como já vimos no módulo 4, a participação da população na gestão do SUS foi definida com a publicação da Lei 8.142/90, que indicou dois espaços permanentes de manifestação da sociedade nas três esferas de gestão: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Conselho de Saúde: De acordo com a Lei 8.142/90 e as diretrizes definidas na Resolução nº 333/2003, Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei (BRASIL, 2010e; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Na década de 1990 do século passado, os Conselhos de Saúde passaram a ser constituídos em todo o país, envolvendo diversos setores da sociedade civil organizada, sendo criados por lei municipal, estadual ou federal. A composição dos conselhos é paritária entre usuários (50%) e prestadores de serviços (representantes de Trabalhadores de Saúde (25%), do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde contratados pelo SUS (25%).

A partir dos debates, ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo e com o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de institucionalização do controle social no SUS, o Plenário do Conselho Nacional de Saúde propôs diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde na Resolução CNS nº 333/2003 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Conferências de Saúde são espaços ampliados de participação e controle social no SUS, que reúnem, a cada quatro anos, a representação dos vários segmentos sociais que compõem a sociedade, para avaliar a situação de saúde de um determinado ente federado e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Isso significa que a sociedade, de forma organizada, participa na elaboração e no acompanhamento das diretrizes das ações de saúde.



Ambiente Virtual

No link leitura complementar, você encontra disponível um texto que aborda a Gestão da Assistência Farmacêutica. Esta é uma forma de acompanhar parte dos procedimentos administrativos colocados de maneira genérica neste módulo, na orientação das necessidades de medicamentos para atenção integral à saúde dos usuários do SUS. Acesse e complemente seu conhecimento.



Saiba Mais

Informações referentes à legislação do SUS, conselhos de saúde e conferências de saúde poderão ser encontradas no link do Conselho Estadual de Saúde:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=65.

SÍNTESE DA UNIDADE

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

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/portal/gestor/contabilidade-e-financas/legislacao/lei4329-64.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010a.

BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 17 set. 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2005. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html>. Acesso em: 23 set. 2010c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 4 out. 2010d.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_55.pdf>. Acesso em: 3 set. 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.497, de 22 de junho de 2007. Estabelece orientações para a operacionalização dos recursos federais que compõem os blocos de financiamento a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municipais, fundo a fundo em conta única e especificada por bloco de financiamento. Disponível em: <http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_55.pdf>. Acesso em: 3 set. 2010f.

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

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

SANTA CATARINA. Lei nº 13.333, de 22 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Transferências de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e estabelece outras providências. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/politica_descentralizacao/eixo4/13333_2005_lei.doc>. Acesso em 4 set. 2010.

UNIDADE 2

MÓDULO 18

2 GESTÃO LOCAL EM SAÚDE

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

Este tópico apresenta o conteúdo sobre a organização e a gestão local em saúde, distribuído em quatro unidades integradas: a) Organização dos sistemas locais de saúde; b) Gestão em saúde no cotidiano das unidades básicas: eixo primário; c) Gestão em saúde no cotidiano das unidades básicas: eixo de apoio; e d) Controle social e ações intersetoriais no sistema local de saúde.



Ambiente Virtual

No link leitura complementar, você encontra disponível o texto Redes de Apoio à Estratégia Saúde da Família, de Selma Regina de Andrade. Esta leitura será significativa para complementar sua aprendizagem, acesse.

2.1 Organização dos Sistemas Locais de Saúde

Os sistemas locais de saúde são assim denominados por compreenderem um conjunto de processos, organismos e atores sociais envolvidos na concretização e na consolidação da atenção básica em saúde.

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

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza este nível de atenção como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde,

a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Na PNAB, a ESF é o eixo norteador da organização deste nível de atenção e base para a organização e a coordenação do todo o sistema de saúde, visto que é no território onde cada cidadão e sua família vivem, e onde se reproduzem as condições de vida e saúde (BRASIL, 2006b).

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

É preciso delimitar o território de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), observando a dinamicidade populacional existente no lugar em que a unidade de saúde se instala, uma vez que a equipe local de saúde assume a responsabilidade pela atenção prestada.

O processo de territorialização compõe um conjunto de operações para a organização do sistema local, que permite reconhecer o espaço, o contexto e a população para os quais serão orientadas as ações de saúde. Constitui-se uma das ferramentas necessárias à consecução do planejamento local em saúde, por oferecer elementos para a compreensão das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde.

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

O conceito de território ultrapassa o sentido espaço-temporal, para abrigar a ideia de ordenação político-social das ações e dos serviços de saúde.

O estabelecimento da base territorial é um passo básico para o dimensionamento do impacto do sistema local sobre os níveis de saúde da população adstrita. A base territorial deve ser detalhada chegando ao domicílio, identificando famílias e pessoas que requerem atenção especial, seja no cadastramento das famílias, no

olhar dos agentes comunitários de saúde, nas visitas domiciliares ou em outras atividades na comunidade. Na definição do território ou da área de abrangência, as equipes também necessitam levar em consideração as especificidades das populações quilombolas, indígenas, assentadas, ribeirinhas, povos da floresta e presidiários, entre outras (FERNANDEZ; MENDES, 2007).



Na Prática

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

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

2.2 Gestão em Saúde no Cotidiano das Unidades Básicas: Eixo Primário

A gestão local em saúde trata de perto dos processos relacionados ao cotidiano das UBS, sejam internos, associadas às operações de funcionamento e trabalho em equipe; sejam externos, ligados ao ambiente e contexto socioepidemiológico aos quais as ações são orientadas.

A gestão local em saúde se desenvolve por meio de eixos de atuação, que concentram uma série de atividades, direta ou indiretamente

vinculadas aos objetivos e resultados das ações inerentes ao processo de trabalho na Atenção Básica, quais sejam: promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidas em âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006b).

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

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

2.2.1 Atividades Primárias na Atenção Básica:

O planejamento e a gestão das atividades primárias na atenção básica iniciam-se com a análise situacional, no sentido de identificar os problemas e definir medidas a serem adotadas no território de abrangência.

Dão suporte às atividades desenvolvidas pelos profissionais das Equipes Saúde da Família, diretrizes e parâmetros estabelecidos em programas prioritários do Ministério da Saúde, com relação ao ciclo vital (atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem e do idoso), a condições de saúde (pré-natal, parto e puerpério; controle de tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, etc) e ações preventivas (imunização, suplementação de ferro), dentre outros (BRASIL, 2006b).

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

2.2.2 Acolhimento

O acolhimento é entendido como expressão de escuta qualificada, de uma relação cidadã e humanizada. A organização do acolhimento

deve promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas e organizando o atendimento com base em riscos ou vulnerabilidade priorizados. Os serviços devem estar adequados ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade.



Saiba Mais

Para entender o acolhimento no cotidiano das práticas de atenção e gestão, acesse a Biblioteca Virtual do Curso e a Política Nacional de Humanização, que está disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em 3 set. 2010.

2.2.3 Atividades de Atenção Individual

As atividades de atenção individual ou centrada na pessoa promovem o cuidado às singularidades, complexidades e necessidades de saúde da pessoa. Na perspectiva do processo de trabalho em equipe, o atendimento individual apresenta diferentes dimensões, consoante as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de saúde bucal e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

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

No atendimento cotidiano da demanda, as equipes de Saúde da Família precisam alertar-se para o atendimento das pessoas que merecem atenção especial, no sentido de maior risco ou vulnerabilidade, como, por exemplo, pessoas em situação ou risco

de violência, pessoas com deficiência, portadores de transtornos mentais, entre outros, e não simplesmente por ordem de chegada.

2.2.4 Atividades Coletivas

O desenvolvimento de atividades coletivas ou atenção voltada a grupos tem o propósito de atender coletivamente usuários com os mesmos interesses e/ou perfil. O nosso curso tem um conteúdo específico sobre isso: o módulo 17.

A organização de grupos específicos busca fomentar a troca de informações e conhecimentos dentro e fora da UBS, no sentido de expandir o raio de atuação das equipes de Saúde da Família junto às demandas da comunidade. O desenvolvimento de ações educativas e a coordenação de grupos específicos de indivíduos e famílias integram o conjunto de atividades primárias da equipe de Saúde da Família. Tem a finalidade de garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida e para os quais já existem programas estruturados.

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

Os grupos podem ser organizados por microárea, área ou abertos à comunidade, estando ao cargo dos profissionais a responsabilidade de organizá-los e conduzi-los. As reuniões podem ocorrer dentro ou fora do espaço da UBS, tanto ao ar livre quanto em locais cedidos por parceiros da comunidade (igrejas, escolas, conselhos comunitários, etc).

2.2.5 Atenção Domiciliar

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

2.2.6 Vigilância Local em Saúde

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

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

2.2.7 Coordenação do Cuidado

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



Ambiente Virtual

O texto, que indicamos anteriormente, Redes de Apoio à Estratégia Saúde da Família complementa seus conhecimentos com relação a coordenação do cuidado. Acesse.

2.3 Gestão em Saúde no Cotidiano das Unidades Básicas: Eixo de Apoio

Para um bom funcionamento, as UBS devem ser dotadas de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações desenvolvido nesse nível de atenção. As diversas atividades necessitam de suporte administrativo, incluindo: condições

adequadas de infraestrutura; instrumentos de organização e de gestão; materiais e logística; capacidade de gestão de informações e do conhecimento e de gestão de pessoas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

2.3.1 Estrutura Física

A prioridade de fortalecimento da atenção básica está claramente descrita no Pacto pela Saúde, sendo um dos objetivos garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das UBS. O avanço nos serviços da ESF pressupõe a disponibilidade de instalações adequadas.

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

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

Independentemente da esfera gestora, todos os estabelecimentos de saúde devem seguir os princípios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50/2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

O Ministério da Saúde recomenda que em uma UBS trabalhem, no máximo, cinco equipes de Saúde da Família, para permitir a organização de agendas e de fluxos operacionais, que favoreçam e viabilizem as mudanças de práticas de saúde. (BRASIL, 2008). A realização das ações de atenção à saúde pode ser otimizada a partir do próprio projeto arquitetônico, que leve em consideração o processo de trabalho, os fluxos de pessoas dentro e fora da unidade, e o cuidado, coleta, acondicionamento, transporte e destino final de resíduos, especialmente os resíduos de serviços de saúde ou lixo hospitalar.

Você pode comparar as recomendações relativas à estrutura física para a gestão da atenção básica com a existente no seu local de trabalho acessando o Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf>. Acesso em: 3 out. 2010.

2.3.2 Instrumentos de Organização e de Gestão da Atenção Básica

A organização das ações da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família está pautada por um sistema normativo que abrange desde as definições contidas na Constituição Federal e Leis Orgânicas do SUS, em nível nacional, até em normas e rotinas desenvolvidas localmente para o funcionamento da UBS (Quadro 5).

LEGISLAÇÃO DO SUS	
Constituição Federal/1988	Artigos 196 A 200 - Institui o Sistema Único de Saúde.
Emenda Constitucional n. 29, de 13/9/2000	Assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. (altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal).
Lei 8.080, de 19/9/1990 Lei 9.836, de 23/9/1999 Lei 10.424, de 15/4/2002 Lei 11.108, de 07/4/2005	Lei Orgânica da Saúde, e suas subseqüentes, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Lei 8.142, de 28/12/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
Portaria 399, de 22/2/2006	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.
NORMAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	
Lei 10.507, de 10/07/2002	Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde.
Portaria 648, de 28/03/2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

NORMAS DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Portaria 687, de 30/03/2006	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
Portaria 971, de 3/05/2006	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde.
Portaria 91, de 10/01/2007	Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.
Portaria 1.625, de 10/07/2007	Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na PNAB.
Portaria 154, de 24/01/2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
Portaria 2.960, de 9/12/2008	Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
Portaria 2.226, de 18/09/2009	Institui, no âmbito da PNAB, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
Portaria 2.669, de 3/11/2009	Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011.

Quadro 5: Sistema normativo da atenção básica e da estratégia saúde da família.

Fonte: Do autor.



Saiba Mais

Essas legislações podem ser acessadas no site do Departamento da Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no seguinte link: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=169.

Importante considerar que uma das características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família consiste no planejamento, programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Tais atividades planejadas e programadas em cada UBS constituem escopo do Plano e da Programação Anual de Saúde do município. Os resultados alcançados nas UBS integram o Relatório de Gestão Municipal (BRASIL, 2009).

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

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



Saiba Mais

Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas estão disponíveis em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28510>. Acesso em: 12 set. 2010.

2.3.3 Gestão de Informações

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

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

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

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

Na qualidade de banco de dados (software), o SIAB centra-se em agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à ESF. É um sistema de registro mensal de dados e produção de serviços da atenção básica (consultas médicas, cobertura vacinal, consultas e pré-natal, procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, etc); situação de saúde (notificação e acompanhamento e alguns agravos, óbitos, nascimentos e internações); e condições demográficas e sócio-sanitárias.

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

Todos os profissionais das Equipes Saúde da Família devem conhecer e utilizar os dados do SIAB a fim de traçar estratégias, definir metas e identificar intervenções que sejam necessárias na atenção à saúde da população de suas respectivas áreas de abrangência. Como todo sistema de informações, o SIAB depende também de um criterioso preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. A confiabilidade dos dados é condição necessária para o seu uso, seja

no monitoramento da equipe, seja na comparação entre as equipes e/ou entre os municípios/regiões.

A totalidade dos dados que compõem o SIAB é coletada em formulários de uso dos profissionais da Equipe da Saúde da Família. São eles: Fichas de Cadastramento e de Acompanhamento Domiciliar e Fichas para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, reconhecidos por letras. Ver quadro 6.

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

Quadro 6: Formulários do SIAB.

Fonte: Do autor.

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

As informações, quando interpretadas, geram conhecimento, que se constitui no conjunto de argumentos e explicações que interpretam um conjunto de informações. Na atenção básica, o conhecimento desenvolvido deve ser compartilhado entre todos os integrantes da equipe de Saúde da Família no denominado processo de gestão do conhecimento.

2.3.4 Gestão do Conhecimento

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

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

Existem diferentes processos e mecanismos de Gestão do Conhecimento entre profissionais da Atenção Básica, cuja implementação está sujeita às especificidades e autonomia para o trabalho de cada UBS. Entre eles destacam-se a realização de reuniões sistemáticas intra e intequipes; a criação de Grupos de Trabalho e/ou de Câmaras Técnicas; a instalação de Colegiados Gestores de planejamento e tomada de decisão; e a efetivação da Educação Permanente em Saúde.

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

Os grupos de trabalho objetivam fomentar a troca de informações e conhecimentos dentro e fora da UBS, a partir de um plano de trabalho definido e do incentivo de lideranças informais para o intercâmbio de conhecimentos individuais entre os membros das equipes de trabalho, transformando estes em conhecimentos coletivos.

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

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007b) tem a finalidade de fornecer uma base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas diferentes esferas de gestão. Numa perspectiva de intercâmbio e compartilhamento de conhecimento, a capacitação dos integrantes das equipes de Saúde da Família, oferecida por meio da Educação Permanente em Saúde, pode ser interna ou externa à UBS, com a

realização de cursos de curta, média ou longa duração, dependendo do objetivo a ser atendido.

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



Saiba Mais

Veja mais sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no site do Ministério da Saúde:

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de educação permanente. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf. Acesso em 3 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>>. Acesso em 3 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial MEC/MS, nº 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. – PET – Saúde. Diário Oficial da União, n. 165, quarta-feira, 27 ago. 2008. Brasília, 2008.. <<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=16>>. Acesso em 3 set. 2010.

2.3.5 Gestão de Materiais

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

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



Na Prática

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

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

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

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

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

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

Na logística da UBS, a distribuição dos materiais e o controle de estoque requisitam métodos de registro no sentido de conhecer o consumo real de materiais, de acordo com o sistema adotado de distribuição. Este pode variar segundo quantidades preestabelecidas (cotas); períodos de tempo (diária, semanal, mensal); perfil histórico de gastos por serviços (curativo, esterilização, medicamentos, escritório, etc).

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

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

2.3.6 Gestão do Trabalho na Atenção Básica

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

A gestão do trabalho em saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador da saúde é fundamental para a efetividade e a eficiência do SUS. Nela, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de

trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. A implementação dessa concepção vem sendo difundida desde 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde.

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

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

O objeto da gestão do trabalho são as pessoas e suas relações dentro da organização. Portanto, a gestão das pessoas e do trabalho apresenta um componente normativo, no sentido de manter a organização produtiva, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham.

Na PNAB, o quantitativo, o qualitativo, a composição, os processos de trabalho e as atribuições de trabalhadores das equipes de Saúde da Família já estão definidos (BRASIL, 2006b). A adesão do gestor municipal à PNAB implica reconhecer algumas necessidades de gestão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família nas UBS. Dentre as atividades de gestão, inclui-se garantir o cumprimento do contrato de trabalho dos profissionais, principalmente quanto à realização das ações de atenção e vigilância à saúde, sua jornada de trabalho e sua inserção no processo de trabalho. Em contrapartida,

é requisitada aos gestores a promoção de ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede de atenção à saúde.

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

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

2.3.7 Gestão por Resultados dos Serviços, Equipes e Profissionais

A consolidação do modelo de atenção à saúde, alicerçado na ESF e na atenção básica como eixo coordenador do sistema de saúde, depende, entre outros fatores, da evolução dos resultados alcançados. Um dos instrumentos de gestão que tem trazido benefícios tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores de saúde chama-se gestão por resultados. Esta fundamenta-se na valorização do profissional, estimulando-o a ter maior envolvimento e responsabilização com os resultados alcançados pelos serviços de saúde, especialmente com relação ao aperfeiçoamento técnico-científico para o alcance dos indicadores e parâmetros definidos pelo sistema.

A gestão por resultados é uma ferramenta administrativa que se alinha metodologicamente com o planejamento, o controle e a avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2007a). Há um ajuste entre estes instrumentos de gestão, cuja aplicação contribui para a eficácia e a eficiência do serviço de saúde.

A gestão por resultados na Atenção Básica é realizada por meio de programação das ações das equipes de Saúde da Família. Contribui para a definição clara das ações a serem desenvolvidas na área de abrangência da UBS e os resultados esperados com cada uma dessas ações. Tal programação de ações guarda coerência com a

Programação Pactuada e Integrada, o Pacto da Atenção Básica e os indicadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).



Na Prática

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

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

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

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



Saiba Mais

O software PROGRAB está disponível para download nos sites do Ministério da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/dab/prograb.php>.

2.4 Controle Social e Ações Intersectoriais no Sistema Local de Saúde

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

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

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

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

A diversidade de situações vivenciadas na atenção básica requer, também, uma atuação articulada com os movimentos sociais e outras políticas públicas, potencializando a capacidade de respostas

que incluam outras práticas além daquelas usualmente desenvolvidas pela UBS. Além de compartilhar e ampliar o processo de gestão local através da efetivação da participação da comunidade no exercício do controle social, as equipes de Saúde da Família têm atribuições no sentido de desenvolver ações intersetoriais.

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

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

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

SÍNTESE DA UNIDADE

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

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n.39, 23 fev. 2006a Seção 1, p. 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n.162, 22 ago. 2007b Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

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

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

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

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

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: FSP; USP, 1998. (Saúde & cidadania, 12).

UNIDADE 3

MÓDULO 18

3 AVALIAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

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

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

Isso nos leva a pensar que a avaliação não tenha um resultado confiável ou consistente?

Lembremos das avaliações escolares: após o desenvolvimento de determinado conteúdo pedagógico, os alunos são avaliados para que seja emitido um juízo de valor sobre seu aprendizado. Quem define o que será avaliado? Como é emitido o juízo de valor?

Será que alunos e professores possuem opiniões concordantes quanto aos resultados?

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

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

3.1 Avaliação em Saúde

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

de saúde, e muitas técnicas e métodos de avaliação têm sido desenvolvidos e aplicados.

Das várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, o modelo mais empregado é o de Donabedian (1980), de estruturação sistêmica, que estabelece a tríade estrutura – processo – resultado. Tal modelo apresenta três componentes da avaliação. Veja alguns detalhes na sequência, no quadro 7.

Avaliação da “estrutura”

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

Avaliação de “processo”

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

Avaliação de “resultado”

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

Quadro 7: Modelo de avaliação em saúde.

Fonte: Donabedian, 1980.



Saiba Mais

Para ver uma adaptação desse modelo aplicado para Estratégia Saúde da Família, em Santa Catarina, leia o artigo:

HENRIQUE, F.; CALVO, M. M. C. Avaliação do programa saúde da família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 4, p. 809-819, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.

Consulte também o mesmo documento na Biblioteca Virtual do Curso.

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

- a) **Eficácia** - o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis;
- b) **Efetividade** - melhoria na saúde, nas condições usuais da prática cotidiana;
- c) **Eficiência** - custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
- d) **Otimização** - efeitos do cuidado da saúde relativamente aos custos;
- e) **Aceitabilidade** - atender aos desejos, expectativas e valores dos usuários;
- f) **Legitimidade** - aceitabilidade pela comunidade ou sociedade em geral;
- g) **Equidade** - ser justo na distribuição do cuidado na população.



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

Muitos têm sido os modelos propostos para avaliar qualidade e você pode ler mais, em versão integral na rede e na nossa Biblioteca Virtual.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998. v. 3. (Série Saúde & Cidadania).

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

3.2 Questões da avaliação

A primeira questão que se coloca é “a quem interessa essa avaliação?”. A realização de avaliação depende de vontade política e poder de decisão sobre o que se vai avaliar.

Ao decisor, responsável pela condução política do sistema ou programa de saúde, interessa os indicadores de viabilidade, legitimidade e utilidade, mais vinculados aos aspectos ideológicos que aos aspectos técnicos. Para a tomada de decisão, faz-se necessária a avaliação das questões políticas envolvidas no processo, além de argumentos para justificar os recursos e os esforços envolvidos e para conseguir novos investimentos.

Os interessados mais frequentes na avaliação são os técnicos, para os quais interessam os processos de trabalho, os indicadores de custo, rendimento, produtividade, morbidade e mortalidade, além da verificação de alcance dos objetivos e metas. As referidas avaliações são as mais frequentemente executadas e oferecem informações para organizar as ações a partir de padrões técnicos e critérios epidemiológicos, mas dificilmente são responsáveis pelas decisões políticas no sistema ou programa de saúde. Caracterizam-se em processos de diagnóstico e monitoramento e não em avaliações para a tomada de decisão. São extremamente necessários e úteis para garantir a qualidade das ações e processos realizados (NOVAES, 2000).

Outros grupos interessados na avaliação são os usuários e a sociedade, e os trabalhadores da área da saúde. Na concepção moderna de organização, não se administra sem considerar sua clientela e seus trabalhadores.

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

O trabalhador da saúde no setor público depara-se rotineiramente com graves problemas de morbidade enfrentados pela população e, muitas vezes, enfrenta grandes dificuldades para dar os encaminhamentos adequados aos casos. Essas dificuldades decorrem da própria estrutura dos serviços e da limitação de oferta de alguns procedimentos pela rede pública. Sendo assim, podem ser frequentes as frustrações com seu trabalho. Avaliar tal aspecto é muito importante para melhorar o desempenho dos serviços. Saber se o trabalhador gosta do seu trabalho, o que poderia ser feito para melhorar as condições de trabalho e o que ele espera como reconhecimento e recompensa pelo que faz são aspectos irrelevantes para a avaliação dos trabalhadores (VIEIRA, 2005).

Os profissionais da ESF são trabalhadores da saúde, e têm as mesmas preocupações dos demais trabalhadores. Mas as avaliações com enfoque no trabalhador devem ser conduzidas prioritariamente pelas instituições e associações de classe. Para atuação na Estratégia Saúde da Família, a avaliação de maior utilidade para os profissionais da equipe é a do técnico, que vai buscar identificar elementos para aperfeiçoar o processo de trabalho e melhorar a situação de saúde da população. (Ver figura 8).



Figura 8: Interessados na avaliação.

Fonte: Do autor.

A questão que segue é “o que vou avaliar?”.

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

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

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

Para avaliar um sistema de saúde, que agrega vários serviços e programas, a abordagem técnica também não é suficiente. Serão incorporados aspectos políticos e econômicos e todos os atores

envolvidos, incluindo usuários e trabalhadores. Esses constituirão fonte primordial de informações para a avaliação da relevância e da efetividade do sistema. Dentre as várias propostas multidimensionais para esse tipo de avaliação, um exemplo é a Avaliação da Atenção Básica em Santa Catarina (Figura 9).

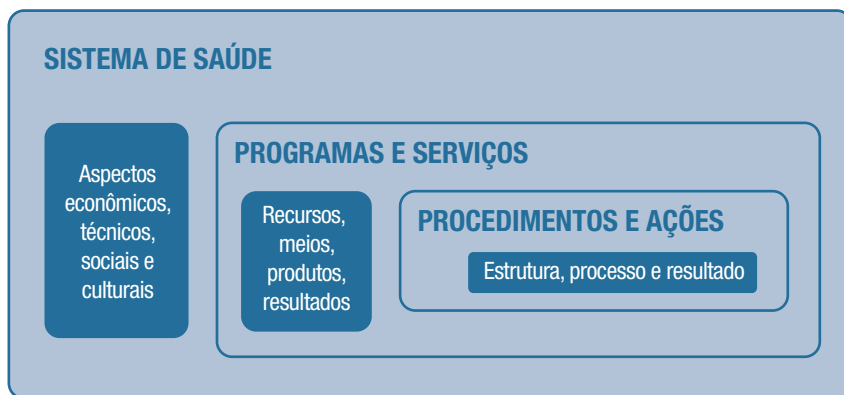


Figura 9: Exemplos de objetos de avaliação em saúde.

Fonte: Do autor.

Outra questão que orienta a avaliação é “vou avaliar para quê?”. A tipologia proposta por Novaes (2000) oferece um bom resumo das finalidades das avaliações em saúde realizadas nos últimos anos, quais sejam: Investigação Avaliativa, Avaliação para Gestão e Avaliação para Decisão.

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

Os gerentes de serviços e os assessores técnicos especializados devem se preocupar com avaliações que ofereçam informações para aprimorar os programas e os serviços de saúde. Essas avaliações devem ser dinâmicas, para acompanhar as frequentes alterações dos objetos avaliados. São sustentadas por sistemas de informação ágeis, capazes de fornecer as informações necessárias para quantificar os

eventos, produzir indicadores e identificar problemas rapidamente. O monitoramento em saúde é uma das formas de avaliação realizadas com a finalidade de aprimoramento. Além de identificar os problemas rapidamente, o monitoramento deve produzir respostas ágeis aos problemas detectados. Normas e critérios devem estar previstos para medidas de correção. O monitoramento dos indicadores do pacto e a vigilância epidemiológica de agravos são exemplos dessa forma de avaliação.

A avaliação para subsidiar a decisão deve responder as questões levantadas por aqueles que vivenciam o objeto a ser avaliado (programa de saúde, modelo de assistência), sendo que o conhecimento e a vivência do avaliador sobre o objeto são decisivos neste processo de avaliação. O enfoque prioritário é identificar os problemas relacionados ao objeto de avaliação e estabelecer estratégias para a resolução destes problemas, produzindo assim recomendações positivas em relação aos problemas identificados, ver figura 10 (NOVAES, 2000).

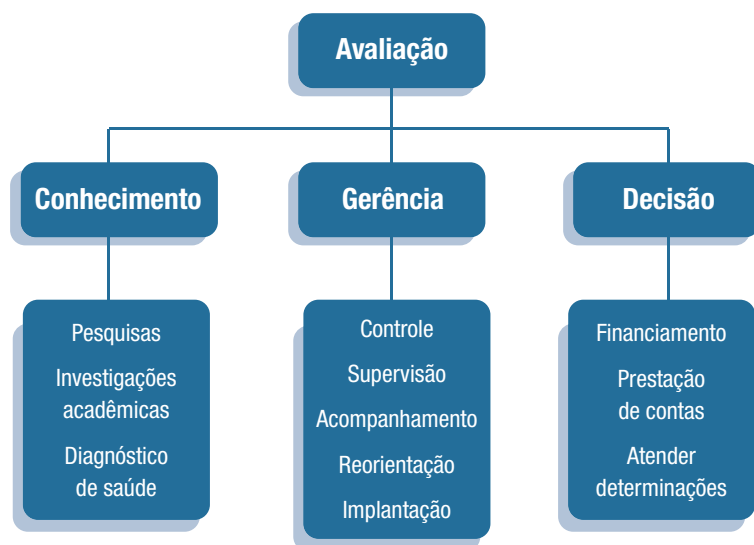


Figura 10: Finalidades da avaliação.

Fonte: Do autor.

Em se tratando da Avaliação em Unidades Locais de Saúde, onde o objeto é a Atenção Básica, foram estabelecidos alguns pressupostos em documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), os quais podem orientar as propostas de avaliação nas Equipes de Saúde da Família. Dentre eles, destaca-se que a avaliação em saúde é um processo contínuo e sistemático sobre práticas e processos

desenvolvidos nos serviços de saúde, com temporalidade variável, que inclui aspectos técnicos e de negociação entre os envolvidos. O processo de avaliação é mediado por relações de poder e é fundamental assegurar a participação democrática dos envolvidos.

Agora podemos pensar na última pergunta: “Como vou avaliar?”. Essa, que geralmente é a primeira pergunta de todos, só poderá ser respondida depois de identificadas as respostas para as três primeiras. Sobre isso trataremos na próxima seção.

3.3 Técnicas e Instrumentos Para Avaliação

Depois de identificado o interessado na avaliação, definido o objeto de avaliação, e esclarecida a finalidade da avaliação, podemos pensar em “como avaliar”. São muitas as técnicas e os instrumentos desenvolvidos para avaliação, todos eles comuns aos processos da pesquisa científica e do planejamento dos serviços.

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

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

Esses dados são registrados por necessidade administrativa e do exercício da profissão sempre que os fatos acontecem, e fornecem

dados úteis para processos de avaliação dos serviços. Estão organizados em diferentes Subsistemas de Informação: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), dentre outros. O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi concebido especificamente para coletar e organizar os dados da Estratégia Saúde Família, permitindo o registro das ações e procedimentos preconizados pelo modelo de atenção – visita domiciliar, reunião de grupos, consultas de enfermagem, visita do ACS.

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



Saiba Mais

Você pode identificar os dados disponíveis nos subsistemas de informação em saúde, do DATASUS, no seguinte site:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 22 ago. 2010.

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

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

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

Para calcular qualquer indicador, são necessários dados, e esses vão determinar a qualidade do indicador. O maior problema para obter bons indicadores reside em dados incompletos ou não confiáveis. Esses, por sua vez, são consequência da falta de interesse por parte dos envolvidos na coleta, análise e uso dos dados e da informação. Nesse aspecto, a equipe de saúde da família possui papel fundamental. A maior parte dos dados necessários para calcular os indicadores usados no planejamento e na avaliação da atenção básica é coletada pela Equipe de Saúde da Família. Desde o Agente Comunitário de Saúde até o Coordenador da Unidade, todos têm responsabilidade com a qualidade do dado que será utilizado para promover as mudanças no processo de trabalho da unidade. É comum mencionar o desconhecimento dos níveis centrais quanto à realidade das unidades locais, mas também é comum desprezar o dado que pode oferecer a eles uma leitura mais adequada dessa realidade.

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

Mesmo com bons indicadores quantitativos, pode acontecer de não conseguir uma boa explicação do fenômeno que deseja avaliar, sendo necessários dados de outra natureza – os qualitativos. Tais dados são obtidos de forma menos sistemática. Os instrumentos para a coleta desses dados são pensados especificamente para o que se deseja saber naquela ocasião. Podem ser entrevistas, reuniões de grupos,

observação de situações, os quais são cuidadosamente verificados e registrados para posterior interpretação por parte do avaliador. Para cada necessidade há que se pensar e formular os instrumentos e técnicas adequadas.

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

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



Saiba Mais

Para saber mais sobre os Estudos de Linha de Base, consulte a edição da Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, jul./set. 2006 e veja, por exemplo, o seguinte artigo:

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, jul./set. 2006.

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

São frequentes as combinações de avaliadores externos e internos para combinar as vantagens das posições, constituindo avaliações mistas. Ainda, pode ocorrer do responsável pela execução ser o avaliador. Nesse caso, trata-se de uma autoavaliação. A AMQ é uma proposta de autoavaliação conduzida por Equipes de Saúde da Família, coordenadores de unidades e gestores de sistemas. A avaliação que vocês farão mais frequentemente também é desse

tipo. Estarão avaliando as ações, procedimentos e programas pelos quais são responsáveis com a finalidade de identificar possibilidades de melhorar.

3.4 Avaliação para Melhoria da Qualidade da Saúde da Família

Como já citamos em várias passagens anteriores, a AMQ busca a qualificação da Estratégia Saúde da Família por meio de um processo avaliativo que envolve todos os seus atores institucionais. A busca da qualificação é dada pelo estabelecimento dos parâmetros desejados para a estratégia, organizados em cinco instrumentos de avaliação que orientam a gestão e a tomada de decisão. Cada instrumento e respectivos padrões são dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da equipe de Saúde da Família, unidade de Saúde da Família, equipe de Saúde da Família, profissionais de nível superior da Saúde da Família) e permitem identificar o grau de implantação, o nível de desenvolvimento e a qualidade da estratégia nos diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população (DONABEDIAN, 1994).

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

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

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

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

A operacionalização da proposta prevê muitas etapas informatizadas, via internet, quando são realizadas ações tais como o cadastramento do município, a disponibilização dos instrumentos de autoavaliação e documentos técnicos, a alimentação dos resultados em banco de dados e a emissão de relatórios.

Os resultados das avaliações são disponibilizados apenas para usuários autorizados e cadastrados em cada esfera de gestão. Os resultados só poderão ser acessados pelos próprios municípios, pelo gestor estadual referente àquele município ou pelo Ministério da Saúde.

O documento técnico, que apresenta a proposta definiu qualidade da Saúde da Família, como grau de atendimento a padrões (de qualidade) baseados nas diretrizes estabelecidas para o SUS e para a Estratégia Saúde da Família, assim como nas necessidades de saúde e expectativa dos usuários, suas famílias e comunidade; considerando-se os profissionais envolvidos na intervenção e respeitando os conhecimentos técnicos e científicos atuais, de acordo com as normas e os valores culturalmente aceitos. Foi a partir desse conceito que as questões de avaliação foram formuladas.



Saiba Mais

Você pode ler o documento de apresentação integralmente em:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Disponível em: <www.saude.gov.br/amq>, ou na nossa biblioteca virtual>.

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

E - Qualidade Elementar: abordam elementos de estrutura e as ações mais básicas da estratégia da equipe de Saúde da Família.

D – Qualidade em Desenvolvimento: abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho.

C - Qualidade Consolidada: abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações.

B - Qualidade Boa: abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados.

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

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

E	A visita domiciliar é uma atividade sistemática e permanente de todos os membros da ESF.	(S)	(N)
<p>Na estratégia SF, a VD é considerada uma ação fundamental, que deve ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe de maneira integrada e complementar. Possibilita conhecer melhor a comunidade, os riscos associados à conformação do território, ampliar o vínculo e identificar casos que necessitam de Assistência Domiciliar, tais como pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção. Recomenda-se que o médico e o enfermeiro dediquem no mínimo quatro horas por semana, cada, para a realização desta atividade.</p>			
D	A ESF utiliza as informações do SIAB para o planejamento do trabalho.	(S)	(N)
<p>O padrão refere-se à utilização das informações presentes na Ficha A do SIAB para o planejamento do trabalho da ESF: população, grupos etários, doenças referidas e condições das moradias, dentre outras.</p>			
C	A ESF registra e monitora as referências para outros níveis de atenção.	(S)	(N)
<p>Os encaminhamentos para as referências (atendimentos especializados) são registrados sistematicamente em outros instrumentos, além do prontuário médico, permitindo o monitoramento do fluxo: casos atendidos/não atendidos, tempo de espera e retorno das informações às unidades (contrarreferência). A resposta deve ser afirmativa quando as ações propostas estiverem contempladas: registro e acompanhamento.</p>			

B	A ESF trabalha o diagnóstico, o planejamento e a realização das ações para o território de maneira integrada.	(S)	(N)
O padrão compreende que os membros das equipes SF e SB desenvolvem ações de análise da situação de saúde, planejamento e intervenções junto à população de maneira conjunta, integrada e complementar.			
A	A ESF realiza avaliação semestral dos resultados alcançados.	(S)	(N)
Padrão avançado, indicando a presença de cultura avaliativa no serviço. A equipe realiza semestralmente, em conjunto ou não com a coordenação, o levantamento e a análise comparativa do perfil de saúde da população, da cobertura e impacto das ações, utilizando indicadores estabelecidos previamente.			

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



Saiba Mais

Os instrumentos de avaliação da AMQ estão disponíveis para impressão no site do Ministério da Saúde:

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Disponível em: <www.saude.gov.br/amq>. Acesso em 6 out. 2010.

Você pode identificar os locais de cadastramento municipal, de impressão dos instrumentos, e de preenchimento dos formulários em rede. O guia que orienta a utilização do sistema da AMQ está disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia rápido do aplicativo digital AMQ. <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/home/pdf/guia_rapido.pdf>. Acesso em 6 out. 2010.

O preenchimento em rede se dá com acesso autorizado por senha. A senha é enviada ao administrador municipal da AMQ, que pode depois criar outras senhas para outros usuários autorizados. No primeiro momento, serão preenchidos os cadastros do município, da coordenação, das unidades e das equipes. São criados os grupos avaliativos, que terão acesso aos diferentes instrumentos de avaliação. Após, os questionários poderão ser respondidos pelas equipes e unidades de saúde da família.

CARO (A) ESPECIALIZANDO (A)

Nós vimos que com avaliação é possível entender melhor nosso processo de trabalho, comparar nossos resultados com os objetivos pretendidos, corrigir problemas durante a execução das ações, propor mudanças que melhorem nossa atuação, e que a avaliação pode e deve fazer parte do cotidiano de seu trabalho. Entretanto, para realizar a avaliação, é necessário conhecer precisamente aquilo que será objeto do estudo, ter clareza dos objetivos perseguidos, buscar a participação dos envolvidos no processo sem imprimir caráter punitivo, e vontade política para expor nossas fragilidades e com isso contribuir para resolver os problemas encontrados.

Vamos agora concretizar esse aprendizado com um exemplo do trabalho da Equipe de Saúde da família.

Considerando que uma ESF esteja completa e você deseje avaliar o seu trabalho no último semestre, selecionemos os aspectos essenciais a serem considerados:

Para quem fazer a avaliação? Para a própria equipe. O que avaliar? A qualidade do trabalho desenvolvido pela equipe junto à população, considerando qualidade nos termos da AMQ. Com que finalidade avaliar? Para identificar problemas e propor mudanças para melhorar. Como avaliar? Utilizando os dados do SIAB e respondendo as questões da AMQ.

Faça esse exercício com sua equipe!

REFERÊNCIAS

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

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

DONABEDIAN A. **The definition of quality and approaches to its assessments.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v.1).

GAIRÉN-SALLÁN J. La autoevaluación adridcional como vía para mejorar los centros educativos. **Bordón:** Revista de Pedagogía, Madrid, 45, n. 3, 1993.

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

SILVA, L. M. V. da. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; da SILVA, L. M. V. 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.

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

AUTORES

Maria Cristina Marino Calvo

Possui Graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo - Bauru (1981), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1996) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Atualmente é professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina no Departamento de Saúde Pública e nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e de Odontologia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Avaliação em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Atenção básica, Eficiência hospitalar, Comportamento alimentar e Saúde bucal coletiva.

Flávio Ricardo Liberali Magajewski

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1977). Pós Graduação - Residência Médica em Pediatria e Puericultura - pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1979), Saúde Pública (ENSP/UFSC, 1986) e Planejamento de Sistemas de Saúde (ENSP, 1988). Possui Mestrado em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina - Planejamento e Políticas Governamentais (CPGA, 1994) e Doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina - Ergonomia (PPGEP, 2002). Já foi Diretor do Hospital Florianópolis (1988-90), Secretário Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis (1994-96), Diretor de Planejamento e Coordenação (2003-05) e Diretor de Políticas de Saúde (2005-07) da SES-SC. Atualmente é médico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, onde exerce o cargo de Diretor de Educação Permanente em Saúde, e professor da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, onde ministra a disciplina Medicina do Trabalho no Curso de Medicina (Campus Tubarão e Pedra Branca) e orienta projetos de iniciação científica e TCCs. É membro do Grupo de Trabalho de Comunicação em Saúde (GTCom) da ABRASCO e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde do MEC. Tem experiência na área da Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e em Saúde do Trabalhador.

Selma Regina de Andrade

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

Este módulo abordará alguns aspectos do planejamento e da gestão do sistema municipal de saúde com destaque às atividades desenvolvidas pelo gestor municipal. Você também vai conhecer e aplicar conceitos e processos relacionados à gestão em saúde no cotidiano das unidades básicas de saúde e Estratégia Saúde da Família, e por fim, aproximar-se dos conceitos e técnicas de avaliação em saúde.

Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina