



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA**  
**CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CAIO GARCIA CORREIA SÁ CAVALCANTI**

**PROCESSOS E PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA GESTÃO  
GOVERNAMENTAL EM SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2011**

**CAIO GARCIA CORREIA SÁ CAVALCANTI**

**PROCESSOS E PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA GESTÃO  
GOVERNAMENTAL EM SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Comunitária, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

**FORTALEZA**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- C365p Cavalcanti, Caio Garcia Correia Sá.  
Processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em secretarias municipais e estaduais de saúde/ Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti. – 2011.  
147 f. : il.
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.  
Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.  
Orientação: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda.
1. Avaliação em Saúde 2. Organização e Administração 3. Gestão em Saúde 4. Indicadores de Gestão. I. Título.

---

CDD 362.1


**CAIO GARCIA CORREIA SÁ CAVALCANTI**

**PROCESSOS E PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA GESTÃO  
GOVERNAMENTAL EM SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em: 01/03/2011

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda (Orientador)  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota  
Universidade Federal do Ceará

---

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa  
Universidade Federal do Ceará

---

Profa. Dr. Ernani Vieira de Vasconcelos  
Universidade Federal da Paraíba

Ao meu irmão, José Igor Alves Sá (*in memory*), pelo seu companheirismo, alegria e exemplos de coragem e honestidade.

## AGRADECIMENTOS

Aos companheiros de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE. Aqui iniciei meus passos de Sanitarista.

Aos colegas, alunos efetivos e especiais, professores e demais funcionários do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará. As aulas e conversas de corredor, visitas de campo e demais atividades desenvolvidas, enfim, foram momentos marcantes.

A Zenaide e Domink, pelo carinho e colaboração, desde os tempos de aluno especial.

Aos companheiros de jornada da comunidade de pesquisas PÓÍESIS, espaço de trocas e intenso aprendizado, onde pude entender e aprender, de forma colaborativa e construtiva, o que é e como se faz uma pesquisa acadêmica.

Ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAGS e o CNPQ, pelo financiamento que permitiu a realização desta pesquisa.

Aos colegas do DEMAGS, em nome do seu diretor André Bonifácio.

A Associação Cearense de Estudos e Pesquisa, em nome do Prof. Dr. Marcus Vinicius Veras Machado, como também aos colegas que trabalham nesta instituição.

Aos amigos (as) Ester Melo, Regiane Rezende e Álvaro Fachine pelo companheirismo, apoio e carinho de sempre.

Aos mais novos amigos e companheiros, em nome de Cinthia Kalyne, pela atenção, carinho e prontidão.

Às professoras Dra. Márcia Maria Tavares Machado e Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, pelos conselhos, conversas e exemplos de dedicação e seriedade.

Ao professor Dr. Odorico Monteiro de Andrade, pelas oportunidades, obstinação e exemplo de trajetória comprometida com as coletividades.

A professora Dra. Márcia Lotufo pela amizade e colaboração na banca de qualificação do Mestrado.

A professora Vaudelice Mota pela participação instigante na banca de qualificação e de defesa de dissertação.

Aos professores Dr. Ricardo Pontes e Dr. Hernani Vieira por terem aceitado prontamente participar da banca de defesa de dissertação. Suas contribuições são de grande importância.

Ao meu orientador, Professor Dr. Alcides Silva de Miranda, por ter e estar apostando em mim, pelo companheirismo, ensinamentos e comprometimento. Um grande exemplo de retidão na minha trajetória pessoal e profissional.

A meus pais e minha irmã, Everany, Bosco e Ana Maria, pelos ensinamentos, conselhos, caráter e amor em todos os momentos da minha vida.

A minha amada filha Maria Ester pela dedicação, amor, apoio incondicional e compreensão das minhas ausências durante todos estes anos.

## RESUMO

Como dirigentes e gestores de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde avaliam e monitoram a própria gestão governamental? A presente dissertação teve como objetivo analisar informações, opiniões e discursos acerca de processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de níveis analíticos imbricados e caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. Foram aplicados questionários semiestruturados a dirigentes governamentais de 577 Secretarias Municipais (amostra sistemática e estratificada de 10,4% do total) e 24 Secretarias Estaduais de Saúde (amostra estatística, simples e aleatória de 88,8% do total). No estudo qualitativo, foi realizada a técnica de Grupo focal com a participação de dirigentes governamentais de 7 (sete) Secretarias Estaduais de Saúde, selecionados a partir de um amostra intencional, que contemplou todas as grandes regiões brasileiras e estados de distintos portes populacionais. Procedeu-se uma análise de síntese por meio da triangulação de evidências, utilizando-se como escopo de análise o referencial normativo dos Sistemas de Direção Estratégica (SDE). Na maior parte dos casos analisados, os usuários das informações produzidas ainda estão pouco definidos e dispersos. A massa de informação é mais diversificada e menos seletiva, veiculada em tempo ineficaz, com uma produção tendente a centralização e uso mais generalizado do que específico. São poucos os indicadores e sinalizadores mais específicos e apropriados para a gestão governamental em Saúde. Há lacunas específicas e significativas no gerenciamento financeiro, de pessoal e de situações de crise. Apesar da reconhecida incipiência observada nos processos e práticas de Monitoramento e Avaliação da gestão governamental no âmbito de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, denota-se a conformação e instituição de comunidades de práticas vocacionadas e implicadas nesta perspectiva de atuação (inter) institucional, com demandas e iniciativas que indicam uma gradual consolidação desta (sub) área.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Organização e administração. Gestão em saúde. Indicadores de gestão.

## ABSTRACT

How leaders and managers of Municipal and State Health Department evaluate and monitor their own government management? This thesis aimed to analyze information, opinions and speeches about processes and practices for evaluating and monitoring government management in Municipal and State Health Department. It is a study of multiple cases, with intertwined analytical levels and exploratory nature and with quantitative and qualitative approach. Semi-structured questionnaires were administered to 577 government leaders of Municipal Health Department (stratified systematic sample of 10.4% of the total) and to 24 leaders of State Health Departments (statistical sample, simple random and 88.8% of the total). In the qualitative study, was applied the technique of focus group with the participation of government officials from seven (7) State Health Departments, selected from a purposive sample, which included all Brazilian biggest regions and states with different population sizes. Proceeded then a synthetic analysis through triangulation of evidences, using as scope analysis the reference standard of Strategic Management Systems (SMS). In most of the cases, users of the produced information are still poorly defined and dispersed. The mass of information is more diverse and less selective, with inefficient broadcast time, a production tending to centralization and more widespread usage than specific. Few are the more specific and appropriate indicators and flags for the Health government management. There are specific and significant gaps in financial management, personnel and crisis situations. Despite the recognized incipience observed in the processes and practices of monitoring and evaluation of government management in the context of State and Municipal Health Departments, denoted conformation and establishment of communities of practice dedicated and implicated in this (inter) institutional acting perspective, with demands and initiatives that indicate a gradual consolidation of this (sub) area.

**Keywords:** Health evaluation. Organization and management. Health management. Management indicators.



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Atributos típicos de gestão governamental no âmbito do SUS.....	23
QUADRO 2 – Diferenças entre um sistema de monitoramento da gestão governamental e sistemas de informações usuais.....	24
QUADRO 3 – Percentuais populacionais de municípios brasileiros por estratos definidos na pesquisa, cálculo de amostragem mínima e número de questionários respondidos pelas Secretarias Municipais de Saúde.....	29
QUADRO 4 – Percentuais de Secretarias Municipais de Saúde brasileiras por unidades federativas e grandes regiões, cálculo de amostragem mínima e número de questionários respondidos.....	29
QUADRO 5 – Número de casos municipais estudados por faixas populacionais e grandes regiões.....	31
QUADRO 6 – Sistemas de direção estratégica propostos por Carlos Matus e suas principais características.....	37
QUADRO 7 – Quantidade absoluta e percentual de respondentes em relação ao total de SMS nas UF e regiões.....	41
QUADRO 8 – Comparação entre o percentual de municípios do Brasil e o percentual de SMS respondentes na UF e na região.....	42
QUADRO 9 – Quantidade de Secretário (a)s Municipais de Saúde que responderam pessoalmente o questionário.....	43
QUADRO 10 – Respondentes da pesquisa que ocupavam outros cargos e funções em suas respectivas SMS.....	43
QUADRO 11 – Dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão da própria Secretaria de Saúde?.....	44
QUADRO 12 – A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?.....	44
QUADRO 13 – A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?.....	44
QUADRO 14 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?.....	45
QUADRO 15 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil	

da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?...	45
QUADRO 16 – A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de saúde de outros municípios?.....	46
QUADRO 17 – Existe algum serviço governamental de Ouvidoria (ou de recebimento e registro de queixas, reclamações do público etc,) em funcionamento atualmente, em seu município? .....	46
QUADRO 18 – Existe algum serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Secretaria de Saúde?.....	46
QUADRO 19 – A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?.....	47
QUADRO 20 – O município possui um “Plano Municipal de Saúde” elaborado pela gestão atual? .....	47
QUADRO 21 – Na Secretaria de Saúde é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual etc.)?.....	48
QUADRO 22 – Por favor, selecione quais os principais instrumentos de monitoramento dos planos de gestão utilizados em sua Secretaria de Saúde. ....	48
QUADRO 23 – Na sua opinião, como o(a) sr(a) classifica a utilidade prática dos Relatórios de Gestão elaborados na sua Secretaria de Saúde? .....	48
QUADRO 24 – No último Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Municipal de Saúde” vigente? .....	49
QUADRO 25 – No último Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde?.....	49
QUADRO 26 – A Prefeitura ou Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?.....	50
QUADRO 27 – A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento de seus próprios custos? .....	50
QUADRO 28 – Assinale o número de servidores que trabalham EXCLUSIVAMENTE com Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria de Saúde?.....	51
QUADRO 29 – Na sua Secretaria de Saúde os resultados do monitoramento e avaliação são	

utilizados para reorganizar o processo de trabalho?.....	51
QUADRO 30 – Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Secretaria de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento local e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais? .....	152
QUADRO 31 – Se for o caso, em que espaços institucionais são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Secretaria de Saúde?.....	52
QUADRO 32 – Como a Secretaria de Saúde comunica as informações do SUS para a população em geral?.....	53
QUADRO 33 – Na sua condição de dirigente municipal de Saúde, que tipos de dados e/ou informações o(a) sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento da gestão governamental na Secretaria de Saúde de seu município ?.....	53
QUADRO 34 – Do seu ponto de vista, quais os benefícios para o município em estruturar processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS? .....	54
QUADRO 35 – Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades para a sua Secretaria Municipal de Saúde desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS? .....	55
QUADRO 36 – Em sua opinião, quais seriam as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria Municipal de Saúde?.....	56
QUADRO 37 – Relação das SES e seus respectivos técnicos e dirigentes respondentes da questionário estadual.....	57
QUADRO 38 – O estado possui um "Plano Estadual de Saúde" elaborado pela gestão atual ? .....	57
QUADRO 39 – Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum(us) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão estadual em Saúde? .....	58
QUADRO 40 – Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, escreva abaixo algum(ns) indicadores utilizados.....	58
QUADRO 41 – Existe algum espaço institucional extra-setorial no âmbito estadual, que desenvolva o monitoramento de forma contínua e sistemática, das ações e políticas de saúde da SES?.....	58
QUADRO 42 – Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, especifique qual	

(is) espaço(s) institucional (is):.....	59
QUADRO 43 – A SES realiza, de forma sistemática, algum tipo de monitoramento e avaliação de dados e informações sobre a gestão MUNICIPAL de Saúde?.....	59
QUADRO 44 – Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum(us) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão MUNICIPAL em Saúde?.....	59
QUADRO 45 – Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, descreva abaixo algum(ns) indicadores utilizados: (Monitoramento da gestão municipal) .....	60
QUADRO 46 – Na sua condição de dirigente estadual de Saúde, que tipos de dados e/ou Informações o(a) sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento e avaliação da GESTÃO na Sec. Saúde de seu estado .....	60
QUADRO 47 – Se for o caso, em qual(is) espaço(s) institucional(is) são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Secretaria de Saúde?.....	60
QUADRO 48 – Em sua opinião, quais seriam as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS na Sec de Saúde?.....	61
QUADRO 49 – Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades para a Sec. de Saúde desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS?.....	62
QUADRO 50 – O governo estadual ou a Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?.....	62
QUADRO 51 – A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população? .....	63
QUADRO 52 – Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Secretaria de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento local e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais? .....	63
QUADRO 53 – A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?.....	63
QUADRO 54 – A SES possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?.....	64
QUADRO 55 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?...	64
QUADRO 56 – A SES adota e/ou utiliza algum sistema, programa ou protocolo para controle	

de custos (controle e redução de gastos, de desperdícios etc.)? .....	64
QUADRO 57 – O Governo do Estado possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise? .....	65
QUADRO 58 – Na SES é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual, Pacto pela Saúde etc.)? .....	65
QUADRO 59 – No último Plano Estadual de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Estadual de Saúde?.....	66
QUADRO 60 – No último Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Estadual de Saúde” vigente?.....	66
QUADRO 61 – Dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão da própria Secretaria de Saúde?.....	109
QUADRO 62 – A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?.....	110
QUADRO 63 – A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica? .....	111
QUADRO 64 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?.....	112
QUADRO 65 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?.	113
QUADRO 66 – A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de saúde de outros municípios?.....	114
QUADRO 67 – Existe algum serviço governamental de Ouvidoria (ou de recebimento e registro de queixas, reclamações do público etc,) em funcionamento atualmente, em seu município? .....	115
QUADRO 68 – Existe algum serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Secretaria de Saúde?.....	116
QUADRO 69 – A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de	

crise?.....	117
QUADRO 70 – O município possui um “Plano Municipal de Saúde” elaborado pela gestão atual? .....	118
QUADRO 71 – Na Secretaria de Saúde é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual etc.)?.....	119
QUADRO 72 – No último Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Municipal de Saúde” vigente? .....	120
QUADRO 73 – No último Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde?.....	121
QUADRO 74 – A Prefeitura ou Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?.....	122
QUADRO 75 – A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento de seus próprios custos? .....	123
QUADRO 76 – Assinale o número de servidores que trabalham EXCLUSIVAMENTE com Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria de Saúde?.....	124
QUADRO 77 – Na sua Secretaria de Saúde os resultados do monitoramento e avaliação são utilizados para reorganizar o processo de trabalho?.....	125

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Percentual de Secretários Municipais de Saúde que responderam os questionários enviados.....	32
GRÁFICO 2 – Cargos e funções exercidos pelos respondentes que não eram Secretários Municipais de Saúde.....	32
GRÁFICO 3 – Proporção de segmentos de atividades dos respondentes oriundos de Secretarias Estaduais de Saúde.....	33
GRÁFICO 4 – Percentuais de soma de respostas categóricas e de questões intermediárias de questionário..	40
GRÁFICO 5 – Comparação entre percentuais de faixas populacionais da estimativa do IBGE e das respostas das SMS.....	43

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Secretarias Estaduais de Saúde onde houve resposta aos questionários enviados .....	33
FIGURA 2 – Esquema de interconexão entre os sistemas de direção estratégica de Carlos Matus.....	38
FIGURA 3 – Categorias temáticas centrais da análise dos discursos provenientes do grupo focal com dirigentes governamentais de SES.....	67



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEP	Associação Cearense de Estudos e Pesquisas
AL	América Latina
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CF 88	Constituição Federal de 1988
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAD	Departamento de Apoio a Descentralização
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
M&A-GMS	Monitoramento e Avaliação da gestão municipal em Saúde
NOAS	Norma Operacional Assistencial do SUS
NOB	Normas Operacionais Básicas do SUS
PES	Planejamento Estratégico Situacional
POÍÉISIS	Comunidade de Estudos e Pesquisa sobre Políticas e Gestão em Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
RIPASS	Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde
SDE	Sistemas de Direção Estratégica
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPT	Unidade de Processamento Tecnopolítico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 O escopo normativo da gestão governamental em saúde no brasil .....	18
1.2 Revisão conceitual acerca dos temas da avaliação e gestão .....	21
1.3 Revisão de estudos empíricos .....	25
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
1.1 Geral .....	27
1.2 Específicos .....	27
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
3.1 Estratégia e tipo de estudo .....	28
3.2 Casos, amostragem, fontes e instrumentos para a coleta de dados e informações ....	28
3.3 Processamento de dados e informações .....	34
3.4 Processamento e análise do material .....	35
3.5 Aspectos éticos do estudo .....	38
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
4.1 Casos municipais .....	40
4.2 Casos estaduais .....	56
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>89</b>
5.1 M&A-GGS e outros sistemas de direção .....	89
5.2 Inovações tecnológicas em M&A-GGS .....	97
5.3 Caracterização de problemas e dificuldades .....	98
5.4 Identificação de potencialidades e propostas .....	100
5.5 Breve consideração sobre o escopo teórico-normativo .....	100
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>102</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>104</b>
<b>APÊNDICE A – Quadros de respostas fechadas de algumas questões dos questionários respondidos por dirigentes de Secretarias Municipais de Saúde. Tabulações estratificadas por faixas populacionais</b> .....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário para dirigentes de Secretarias Municipais de Saúde</b> ....	<b>126</b>
<b>APÊNDICE C – Questionário para dirigentes de Secretarias Estaduais de Saúde</b> .....	<b>131</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro do Grupo Focal</b> .....	<b>135</b>
<b>APÊNDICE E – Termo de consentimento, livre e esclarecido, assinado pelos participantes do Grupo Focal</b> .....	<b>136</b>

**APÊNDICE F – Relação de Secretarias Municipais de Saúde incluídas na amostra ....137**

**APÊNDICE G – Relação de Secretarias Estaduais de Saúde incluídas na amostra .....147**

## 1 INTRODUÇÃO

Como dirigentes e gestores de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde *avaliam e monitoram* a própria gestão governamental?

Para investigar esta questão, o presente estudo versa sobre os *processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Saúde*, especificamente no âmbito das esferas subnacionais de governo, onde a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é exercida pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

### 1.1 O escopo normativo da gestão governamental em saúde no Brasil

A partir do atual processo de implantação e descentralização intergovernamental do SUS, gradualmente são estabelecidas novas competências e responsabilidades desta gestão de âmbito setorial, que implicam em constantes negociações e pactuações intergestores. Requerendo *inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais*, mais adequadas para o exercício da gestão governamental em um sistema de Saúde de direção única, que opera sob condições heterogêneas, diversas e plurais.

Em se tratando das chamadas tecnologias leves, das inovações desenvolvidas no SUS, podem ser ressaltadas aquelas mais orientadas para a avaliação e o monitoramento intrínseco da gestão governamental em Saúde. Com ênfase nas *atividades-meio* e, evidentemente, nos seus resultados em termos de *respostas sistêmicas (outputs)* e *impactos* sobre o estado de Saúde de populações (*outcomes*).

A Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> e a legislação infraconstitucional do SUS (Leis 8080/90 e 8142/90) estabeleceram as competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de Saúde (BRASIL, 1990a), tornando o município como ator principal e responsável pela *provisão de serviços e organização do sistema de Saúde* no seu âmbito de atuação (VIANA *et al.*, 2008). Aos estados coube promover a descentralização dos serviços e ações de Saúde, prestando *apoio técnico e financeiro* aos municípios, embora podendo executar serviços em caráter supletivo (BRASIL, 1990a).

---

<sup>1</sup> CF, 1988: Artigo 30 - Inciso III da CF 88: *compete aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à Saúde da população* (BRASIL, 1988).

Alguns autores afirmam que tais mudanças contribuíram para uma “*crise de identidade*” nas SES, que passaram a resistir ao esvaziamento de sua histórica função de *prestadores de serviços* (LAVRAS, 2003; MENDES, 2001; ROCHA, 2008). Decorre daí, um acirramento nos embates e conflitos entre instâncias de governo na Saúde, uma vez que os municípios passaram a tratar suas questões diretamente com o Ministério da Saúde (MS) (MENDES, 2001).

O MS, por sua vez, encarregou-se das funções de financiamento e cooperação intergovernamental (ARRETCHE, 2005), passando a induzir programas, estratégias e políticas, em função do princípio da *utilidade*<sup>2</sup>, por meio de um emaranhado de regras, normas e portarias ministeriais (MISOCZKY, 2001).

Segundo Miranda (2003, p.182):

Em razão e em decorrência do processo de implantação do SUS, houve um reposicionamento de atores das esferas subnacionais de governo com interesses no setor público de Saúde (governadores, prefeitos e secretários de Saúde etc.) que passaram a se mobilizar, se organizar e agir deliberadamente no sentido de produzir estratégias e políticas de indução à descentralização de políticas governamentais no setor, conforme estabelecido na legislação sanitária.

Nesse sentido, foram criadas instâncias de *representação de interesses* dos gestores municipais e estaduais, tais como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Sendo em 1991, instaurada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ou seja, uma comissão intergovernamental colegiada demandada por CONASEMS e CONASS, e aprovada por resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Formalmente, a CIT tem como propósito institucionalizar e operacionalizar espaços de *articulação, negociação e decisão* entre as esferas de governo sobre a descentralização das políticas de Saúde (MIRANDA, 2003).

Pela necessidade de regulação e operacionalização da descentralização no SUS, o MS instituiu as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBs) (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 1996). Enquanto instrumentos técnico-operacionais, as NOBs tratam principalmente da divisão de responsabilidades, das relações entre gestores e dos critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

No ano de criação da CIT, foi lançada também a NOB 91 (BRASIL, 1991). Nascida no interior do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

---

<sup>2</sup> MISOCZKY (2001) afirma a liberação de recursos financeiros aos estados e principalmente para os municípios, estava condicionada a uma submissão a sanções impostas unilateralmente pelo Ministério da Saúde.

(INAMPS), porém, re-editada e revisada após autorização do MS, essa norma mantém o mecanismo convenial como meio para transferências de recursos federais para os demais entes governamentais (CARVALHO, 2001; SANTOS & ANDRADE, 2007). Tratando-os assim, como meros prestadores de serviços equiparados ao setor privado (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Somente em 1993, surge à primeira NOB discutida e pactuação no âmbito da CIT. Esta traz um impulso ao processo de municipalização e cria as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com representação de estados e municípios. Contudo, não apresenta uma definição clara sobre as novas funções das SES. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; MIRANDA, 2003).

Já a NOB 96 redefine formas de financiamento e o modelo de gestão do SUS, busca induzir uma mudança no modelo assistencial e confere as SES o papel de *integrador e harmonizador* dos sistemas municipais de Saúde (LAVRAS, 2003), evidenciando suas funções próprias e não competitivas com as SMS (BAHIA, 2002).

Ao final da década de 1990, intensificou-se o debate acerca da necessidade de fortalecimento da diretriz da *regionalização* como forma de integrar e articular sistemas municipais de Saúde. Tendo sido discutida, elaborada e implementada a Normas Operacional Assistencial do SUS (NOAS - 2001/2002) (BRASIL, 2001). Para Carvalho (2001), a NOAS consagrou um processo *re-centralizador* e a *hegemonia* do MS, com uma discreta divisão de poder com os estados, evidenciando uma *hipertrofia normativa federal* (SANTOS & ANDRADE, 2007), em função de uma estratégia de *regionalização normativa* (VIANA *et al.*, 2008).

Em síntese, as NOBs e a própria NOAS, representaram um *conjunto contínuo*, onde cada norma subsequente procurava resolver as contradições deixadas pela anterior (VIANA *et al.*, 2002), sendo o financiamento federal da Saúde pública o foco e a preocupação principal neste período (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Em 2006, por conta críticas produzidas sobre a excessiva normalização da descentralização na década de 90, instituiu-se o Pacto pela Saúde, com seus três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006). Para Paim e Teixeira (2007), o advento do Pacto representou um novo impulso ao processo de negociação e pactuação permanentes, visando o estabelecimento de uma *gestão compartilhada* para garantia da implementação de políticas e ações prioritárias. A diretriz da regionalização foi o eixo estruturante do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), onde se buscou efetivar uma *regionalização viva e solidária*, que levasse em conta a heterogeneidade do território

brasileiro (VIANA *et al.*, 2008). Por outro lado, Santos & Andrade (2007) afirmam que a ênfase do Pacto na adoção de um formato de *negociação consensual*, de modo algum, oculta as suas lacunas e imprecisões, como por exemplo, na falta de definição sobre o *padrão de integralidade* para a atenção a Saúde e de *critérios de incorporação tecnológica* no SUS.

## 1.2 Revisão conceitual acerca dos temas da avaliação e gestão

Nos últimos anos o tema da avaliação em Saúde, especificamente da *institucionalização das práticas* de avaliação no SUS, é assunto recorrente na agenda de discussões de gestores e dirigentes governamentais em Saúde das três esferas de governo. Além disto, uma serie de publicações acadêmicas tem abordado este assunto, sob ótica dos limites, desafios e potencialidades, aventando a necessidade do estabelecimento de uma cultura institucional de avaliação e monitoramento no âmbito dos sistemas e serviços de Saúde e da própria gestão do SUS (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS ESTADUAIS DE SAÚDE, 2003; CONTANDRIOPOULOS, 2006; CONILL, 2006; ALVES, 2008; SAMPAIO *et al.*, 2008; FELISBERTO *et al.*, 2010).

Denota-se, que desde a década de 1990, têm sido implementadas iniciativas de indução federal para institucionalização de processos e práticas de avaliação e monitoramento no âmbito do SUS. Destacando-se: a criação de instâncias institucionais<sup>3</sup> no MS; a instituição de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005) e, mais recentemente, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (BRASIL, 2007), que compreende o Monitoramento e Avaliação (M&A) da Gestão no SUS.

O próprio Pacto pela Saúde contempla financiamento no bloco de gestão do SUS para tal propósito específico, além dos instrumentos de avaliação e monitoramento para as três esferas de governo (BRASIL, 2006).

Em se tratando de avaliação e gestão em Saúde, há uma diversidade significativa de conceituações, modelos, abordagens e vertentes, evidenciando a *polissemia*, *polifonia* e *controvérsia* de temas. A despeito da pluralidade observada, parte expressiva destas abordagens concentra-se na análise mais voltada para *estrutura administrativa*,

---

<sup>3</sup> O Departamento de Avaliação na então Secretaria de Políticas em 1998, tendo sido transformado na Coordenação de Investigação da Atenção Básica e, posteriormente, na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, vinculado ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde; a instituição do Departamento de Análise da Situação de Saúde na Secretaria de Vigilância em Saúde em 2003; a Assessoria de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de DST/AIDS em 2004; o Núcleo Coordenador de Avaliação de Desempenho do SUS em 2004; o Departamento de Monitoramento e Avaliação na Secretaria de Gestão estratégica e Participativa em 2005 (FELISBERTO, 2006).

*funcionalidade e organização* em âmbito institucional, com menor ênfase na dimensão da *ação transformadora* de contextos sociais (LINS, 2004).

Na presente dissertação, para fins de demarcação e alinhamento conceitual e teórico, concebe-se gestão como uma *práxis social*, preponderantemente de *intermédio institucional*, que possui uma *natureza complexa* e um *caráter polivalente* (ético, político, estratégico, técnico, administrativo) (MIRANDA, 2005).

Entende-se que o substrato de processos de gestão é a *produção ou tomada de decisões* (LOTUFO; MIRANDA, 2007; MIRANDA, 2005), em cenário político-institucional permeado por intensas *disputas de diferentes tipos de poder*<sup>4</sup>, de naturezas *técnica, administrativa e política*. (TESTA, 1992). O que envolve primordialmente a *ação humana intencional e reflexiva* de atores sociais com valores e afinidades, intenções e motivações, capacidades e habilidades pessoais, códigos de personalidade e estilo de ação (MATUS, 1996b), denotando a condição de *subjetividade e complexidade* (LOTUFO; MIRANDA, 2007).

O exercício de poder institucional se dá em *âmbitos, condições e tempos distintos*, sendo inerente a existência de *tensionamentos* entre a busca de maior gradiente de *autonomia* e a constante necessidade de *regulação e controle*.

Por conseguinte, a aplicabilidade e utilidade do aparato logístico, tecnológico e instrumental aplicáveis aos processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Saúde, estão referidas ao desenvolvimento e exercício de *competências de ação diversas* e aos atributos de gestão, tais como, *direcionalidade, comando, condução, comunicação e implementação das decisões* governamentais.

As competências da ação intencional estão baseadas nas distinções de Habermas (1987) sobre as “racionalidades da ação social”, a saber: normativa, instrumental, estratégica, comunicativa, dramatúrgica (HABERMAS, 1987).

a) A *competência normativa* é aquela atrelada aos referenciais estabelecidos normativamente, como é o caso dos princípios, diretrizes e demais normativas instituídas para o SUS. Além disto, as ações acontecem em função da expectativa de um consenso

---

<sup>4</sup> Testa (1992) define três principais tipos de *poder* no setor Saúde, referidos as capacidades de um indivíduo, grupo social ou instituição, quer seja: *Poder técnico*: capacidade de gerar, aprovar e manipular conhecimentos e informações de natureza distinta e em âmbitos diversos; *Poder administrativo*: trata primordialmente de recursos financeiros, mais especificamente de sua acumulação, distribuição e alocação; *Poder político*: decorre da capacidade de mobilização de grupos sociais que demandam ou reclamam suas necessidades e interesses.



normativo estabelecido *a priori* e que determina a ocorrência de comportamentos regradados (MIRANDA, 2003).

- b) A *competência instrumental ou teleológica* pode ser caracterizada como senso prático para escolher os melhores instrumentos e tecnologias, tomar decisões práticas, viáveis e sustentáveis, com vistas à maximização de resultados destas decisões e ações implementadas na gestão.
- c) Já a *competência estratégica*, apesar de sempre orientada para o êxito, considera a análise da situação a partir de um cálculo racional, onde a decisão também se dá em razão de recursos e expectativas dos outros atores da trama estratégica (MIRANDA, 2003).
- d) A *competência dramática* é uma maneira de se relacionar entre atores sociais que se põem uns diante dos outros enquanto atores teatrais. Essa forma de relação expressa atitudes, desejos e pensamentos, no entanto, é uma conexão entre subjetividades isoladas em si mesmas.
- e) No caso da *competência comunicativa*, a finalidade é o *entendimento mútuo* e as trocas intersubjetivas, mediado por motivações racionais quanto a princípios, valores e normas, objetivos ambicionados e meios para alcançá-los (HABERMAS, 1987; MIRANDA, 2003). Essa competência tem sido bastante necessária e ainda pouco explorada no âmbito da gestão do SUS, haja vista, entre outros fatores, a dificuldade de legitimação da política de Saúde brasileira perante a opinião pública.

No quadro abaixo, é apresentada uma descrição de atributos e/ou características propostas por Miranda (2005) para a gestão governamental.

Quadro 1 – Atributos típicos de gestão governamental no âmbito do SUS

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
Direção	Formulação de conteúdos propositivos coerentes com os fundamentos normativos do SUS, que imprimem direcionalidade aos planos de ação.
Comando	Processos decisórios, fluxos e linhas de comando, de modo integrado, plural e participativo
Condução	Busca constante de garantias para <i>governabilidade e modos de governança</i> , orientada para a implantação (planejamento etc.), implementação, administração (gerenciamento), regulação, monitoramento e avaliação das políticas de Saúde.
Comunicação	Interlocução, informação e difusão constante no âmbito interno da gestão e principalmente na relação com a sociedade, com vistas à busca de uma legitimidade política.

**Fonte:** Adaptado da proposição de Miranda (2005), sobre *elementos e sistemas* requeridos à gestão governamental do SUS, contida no capítulo de Introdução da publicação *Gestores do SUS: olhares e vivências* do Departamento de Apoio a Descentralização – DAD /MS (BRASIL, 2005).

Cabe salientar que os processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental estão referidos e perpassam por todos estes atributos mencionados anteriormente. Entende-se, aqui, o monitoramento da gestão como um *componente de avaliação de perspectiva longitudinal, de caráter exploratório ou normativo*. Componente este, que requer especialização na preparação de pessoal, o cultivo de cultura institucional, de estratégias<sup>5</sup> institucionais e programáticas, de tecnologias, de dispositivos e instrumentos (MIRANDA, 2009).

Autores, como Matus (1996), distinguem um *sistema de monitoramento da gestão governamental* de outros sistemas de informações usuais, tal como apresentado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Diferenças entre um sistema de monitoramento da gestão governamental e sistemas de informações usuais.

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES USUAIS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Usuário indefinido	Usuário definido
Opera a partir de dados primários e indicadores gerais	Opera a partir de indicadores e sinalizadores mais específicos
Atraso permitido com maior tolerância	Atraso não permitido (tempo eficaz)
Massa de informação diversificada	Massa de informação ultrasseletiva
Informações pouco percíveis	Informações muito percíveis
Produção centralizada	Produção descentralizada
Uso generalizado	Uso específico

Baseando-se neste referencial normativo, o que se busca monitorar na gestão governamental são *indícios, evidências e eventos* que permitam a análise de *tendências retrospectiva e/ou prospectiva, de riscos e a reatividade em tempo hábil*. Portanto, referido ao setor Saúde.

O monitoramento refere-se a um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de Saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomadas de decisão, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos. (BRASIL, 2009). Em decorrência disto, pode potencializar a capacidade de

<sup>5</sup> Testa (1992) utiliza o conceito de estratégia como à forma de implementação de uma política. A estratégia institucional é aquela que trata de problemas reais enquanto prática política no âmbito institucional, por meio da sua organização e da operacionalização dos seus planos em forma de ações cotidianas. Já as estratégias programáticas estão relacionadas à implementação de políticas a partir da ordenação de recursos com finalidades específicas, objetivos predeterminados e condução normativa única.

formulação e de implementação de políticas públicas no âmbito do SUS, principalmente em SMS e SES.

### 1.3 Revisão de estudos empíricos

A revisão de estudos empíricos demonstra que uma parcela significativa dos estudos encontrados trata de avaliações sobre *meios de alocação e capitalização de recursos*, notadamente os de *natureza financeira*; e de avaliação da gestão a partir da *produção de serviços de Saúde (outputs)* e dos seus *impactos no estado de Saúde da população (outcomes)*.

São bastante recorrentes os estudos que utilizam como escopo a formulação clássica de *Avedis Donabedian: contexto, estrutura, processo e resultado*<sup>6</sup>. Tendo ocorrido também uma adaptação do *escopo donabediano*, originalmente proposto para avaliar a qualidade do cuidado médico em serviços de Saúde, para elaboração de modelos teóricos de avaliação de sistemas de Saúde, conforme assinalado por Vieira da Silva (2005).

Considerada a ênfase em referenciais epistemológicos, identificou-se em vários estudos uma influência do *referencial estrutural-funcionalista*<sup>7</sup>, tal como afirmado por Lins (2004) e Miranda (2005), em virtude da sobrevalorização da *estrutura*, da *função* e da *regra introjetada*.

Outros estudos enfocam diversos elementos da gestão em SMS, onde foram observadas *fragilidades na capacidade de governo* da equipe dirigente (VILASBÔAS & PAIM, 2008) e a incipiência de aspectos como *planejamento, avaliação e recursos humanos* (VIEIRA DA SILVA *et al.*, 2007).

Em sua tese de doutorado, Lotufo (2003) assinala fragilidades referentes à *baixa capacidade de governo* de uma Secretaria Estadual de Saúde, o que, no caso, acabou comprometendo a implementação de políticas públicas de Saúde. Conforme Lotufo (2003), mais do que uma “*crise de identidade*”, as SES vivem uma “*crise de capacidade de governo*”, com relação ao desempenho de funções e atribuições exigidas pela complexa realidade atual.

---

<sup>6</sup>Vieira-da-Silva & Formigli (1994) apontam limitações deste enfoque relacionadas a uma tendência de homogeneização de fenômenos de natureza distinta, suposta existência de uma direcionalidade entre os três elementos na prática dos serviços de Saúde e da baixa especificidade destes conceitos.

<sup>7</sup>Lins (2004) afirma que o chamado *referencial estrutural-funcionalista* tem em *Talcott Parsons* o seu principal representante. Suas noções de *estrutura* e *função* referem-se à noção de *sistema social*. Onde “*estruturas*” são as características do sistema que podem ser tratadas como constantes, e a “*função*” a relação de um sistema social com o que o circunda. No entanto, tal sistema social tende a conservação e a reprodução, uma vez que as mudanças sociais não atingem a estrutura (MINAYO, 2008).

Após alguns anos e já sob a égide das normatizações da NOB 96, Lotufo & Miranda (2007) realizam um estudo de casos múltiplos sobre os *modos e práticas de gestão governamental em SES*. E, apesar de assinalados avanços, os autores indicam que a insuficiência na configuração de atividades contempladas em *sistemas de direção e condução estratégica* pode ter dificultado a *implementação de políticas públicas* pelas SES.

No estudo de Vasconcelos, Bosi e Pontes (2008), foram exploradas a experiência e concepções de técnicos e gestores de uma Secretaria Estadual de Saúde, acerca de suas práticas de avaliação e monitoramento desenvolvidas a partir do “Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família” (PROESF) do MS. No referido estudo, denota-se que os próprios informantes da pesquisa não participaram do processo de discussão acerca das avaliações de programas e serviços de Saúde. Além disto, os autores sustentam que prevaleceu o modelo normativo e tradicional na operacionalização destas experiências avaliativas.

Em suma, mesmo sendo algo bastante discutido em termos de sistemas institucionalizados de ação, a revisão de estudos empíricos sobre processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental, *propriamente dita*, revela uma precariedade no conhecimento atual e análise sobre o tema. Pelo menos no que se refere ao contexto brasileiro e os casos de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Ressalta-se que, frente à relevância dos processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental no SUS, a diversidade de iniciativas e experiências institucionais e a lacuna constatada no conhecimento sobre o tema, há justificativas plausíveis para a realização deste estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar informações, opiniões e discursos acerca de processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

### **2.2 Específicos**

- Descrever informações sobre tipos, modos e meios utilizados para a avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;
- Identificar e analisar concepções e opiniões de atores institucionais implicados em tais processos e práticas;
- Identificar e descrever aspectos positivos, negativos e propositivos sobre os processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;
- Identificar eventuais inovações tecnológicas afins.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Estratégia e tipo de estudo

Especificamente, no caso desta dissertação, tratou-se de um estudo *de casos múltiplos, de níveis analíticos imbricados* (YIN, 2005) e caráter *exploratório*, com abordagem quanti-qualitativa.

A escolha de tal estratégia justifica-se pelo fato de se tratar do estudo empírico de um fenômeno contemporâneo, cujos limites com o contexto no qual está inserido não estão claramente definidos. (YIN, 2005). O estudo de caso comporta a utilização de diversas técnicas de coleta de dados e informações, a verificação de diferentes dimensões e abrangências de um objeto e a utilização de dados e informações qualitativas e quantitativas.

Por sua vez, os estudos de caso têm sido bastante utilizados em pesquisas de avaliação de projetos, programas e políticas governamentais (YIN, 2005), com diversas possibilidades de aplicação no campo da Saúde.

#### 3.2 Casos, amostragem, fontes e instrumentos para a coleta de dados e informações

Os casos selecionados (portanto, unidades de análise) conformaram um conjunto de 577 Secretarias Municipais (10,4% do total) e 24 Secretarias Estaduais de Saúde (88,8% do total) em todo o país.

##### 3.2.1 Casos municipais: amostragem, fontes e instrumentos

A definição inicial de casos de SMS foi estabelecida a partir de amostragem estatística, sistemática e estratificada, levando-se em conta 7 (sete) estratos populacionais de municípios brasileiros.

Para a amostragem sistemática e estratificada (por faixas populacionais de municípios, por unidades federativas e grandes regiões), definiu-se inicialmente uma margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%; entretanto, consideradas as respostas obtidas,

houve ajustes. As redefinições de amostragem e respostas estão descritas nos quadros 3 e 4.<sup>8</sup> e atestam a significância estatística para análises de abrangência nacional.

Quadro 3 – Percentuais populacionais de municípios brasileiros por estratos definidos na pesquisa, cálculo de amostragem mínima e número de questionários respondidos

Estratos populacionais	% da população	Amostra*	SMS respondentes
< 10.000 hab.	45,8	189	234
10.000 a < 50.000 hab.	43,5	187	237
50.000 a < 100.000 hab.	5,7	42	29
100.000 a < 250.000 hab.	3,1	24	29
250.000 a < 500.000 hab.	1,1	9	20
500.000 a < 1.000.000 hab.	0,5	4	18
> 1.000.000 hab.	0,3	3	10
Brasil	100,00	458	577

\*Margem de erro de 7% e intervalo de confiança de 95%

Quadro 4 – Percentuais de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) brasileiras por unidades federativas e grandes regiões, cálculo de amostragem mínima e número de questionários respondidos

Estados e grandes regiões	% de SMS Brasil	% de SMS Estado	Amostra*	SMS respondentes
Acre	0,4	13,6	2	3
Amapá	0,3	18,8	2	3
Amazonas	1,1	12,9	6	8
Pará	2,6	8,4	12	12
Rondônia	0,9	9,6	5	5
Roraima	0,2	20,0	1	3
Tocantins	2,5	13,7	12	19
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>8,0</b>	<b>11,8</b>	<b>35</b>	<b>53</b>
Alagoas	1,8	9,8	9	10
Bahia	7,5	10,1	33	42
Ceará	3,3	13,0	15	24
Maranhão	3,9	11,1	18	24
Paraíba	4,0	11,7	19	26
Pernambuco	3,3	11,9	15	22
Piauí	4,0	12,5	19	28
Rio Grande do Norte	3,0	8,4	14	14
Sergipe	1,3	14,0	7	8

<sup>8</sup> Considerando-se que os resultados apresentados neste estudo estão circunscritos a uma abrangência nacional, sem estratificações, trata-se de amostragem estatisticamente significativa.

<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>32,1</b>	<b>10,7</b>	<b>101</b>	<b>198</b>
Goiás	4,4	11,4	20	28
Mato Grosso	2,5	8,5	12	12
Mato Grosso do Sul	1,4	12,8	7	10
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>8,3</b>	<b>10,7</b>	<b>35</b>	<b>50</b>
Espírito Santo	1,4	11,5	7	9
Minas Gerais	15,4	8,3	61	71
Rio de Janeiro	1,6	12,0	8	11
São Paulo	11,7	9,8	49	63
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>30,1</b>	<b>9,2</b>	<b>98</b>	<b>154</b>
Paraná	7,2	9,8	32	39
Rio Grande do Sul	9,0	10,1	39	50
Santa Catarina	5,3	11,3	24	33
<b>REGIÃO SUL</b>	<b>21,5</b>	<b>10,2</b>	<b>79</b>	<b>122</b>
<b>BRASIL</b>	<b>100,0</b>	<b>10,3</b>	<b>448</b>	<b>577</b>

\*Margem de erro de 10% e intervalo de confiança de 97%

Para a sistematização da seleção de SMS em cada unidade federativa e estrato de faixas populacionais, estabeleceu-se uma sequência proporcional de intervalos a partir de ordem crescente de populações dos municípios. Após a seleção inicial dos casos municipais, para cada escolhido, foram definidos dois outros municípios de reserva, posicionados imediatamente abaixo nas sequências e intervalos. Estes foram acionados no caso de insucesso no estabelecimento de contato ou quando não houve resposta do município selecionado no intercurso da coleta de dados.

Considerada a relação entre os estratos de faixas populacionais e grandes regiões do país, no Quadro 5 estão descritas quantidade de casos municipais estudados.



Quadro 5 – Número de casos municipais estudados por faixas populacionais e grandes regiões.

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>N</b>	<b>ND</b>	<b>CO</b>	<b>SD</b>	<b>S</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	20	50	23	66	75	234
	% Faixa	8,5	21,4	9,8	28,2	32,1	100,0
	% Total	38,5	32,1	46,0	42,6	45,7	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	19	80	20	55	63	237
	% Faixa	8,0	33,8	8,4	23,2	26,6	100,0
	% Total	36,5	51,3	40,0	35,5	38,4	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	2	9	3	6	9	29
	% Faixa	6,9	31,0	10,3	20,7	31,0	100,0
	% Total	3,8	5,8	6,0	3,9	5,5	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	4	8	1	10	6	29
	% Faixa	13,8	27,6	3,4	34,5	20,7	100,0
	% Total	7,7	5,1	2,0	6,5	3,7	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	4	2	0	7	7	20
	% Faixa	20,0	10,0	0,0	35,0	35,0	100,0
	% Total	7,7	1,3	0,0	4,5	4,3	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	1	5	2	8	2	18
	% Faixa	5,6	27,8	11,1	44,4	11,1	100,0
	% Total	1,9	3,2	4,0	5,2	1,2	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	2	2	1	3	2	10
	% Faixa	20,0	20,0	10,0	30,0	20,0	100,0
	% Total	3,8	1,3	2,0	1,9	1,2	1,7
Total	Qtd	52	156	50	155	164	577
	% Faixa	9,0	27,0	8,7	26,9	28,4	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

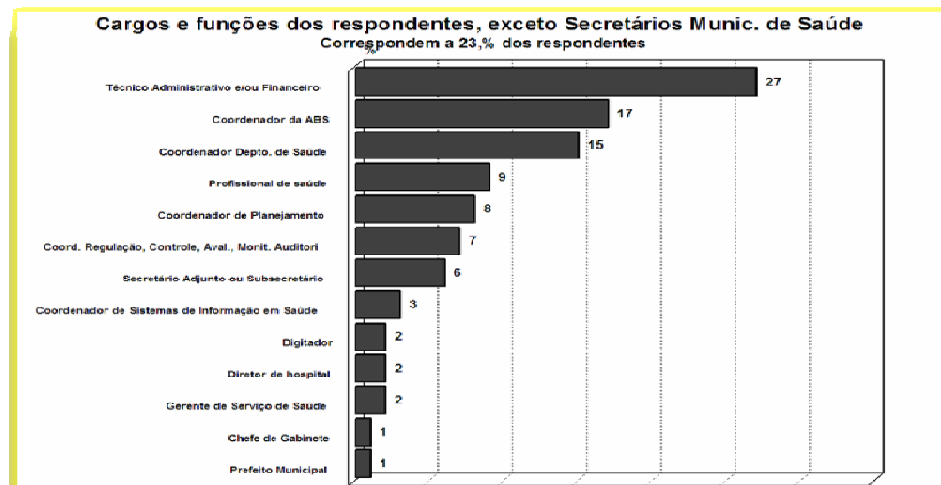
N: Norte; ND: Nordeste; C: Centro-Oeste; SD: Sudeste; S: Sul

Para a obtenção de dados e informações, foram utilizadas fontes primárias, dirigentes das SMS selecionadas. Do total de respondentes, mais de 2/3 eram os próprios Secretários Municipais de Saúde (Gráfico 1), o restante dos respondentes exercia diversos outros cargos e funções (Gráfico 2), tais como: técnicos administrativo/financeiros, coordenadores de Atenção Básica e de Departamentos de Saúde.

Gráfico 1 – Percentual de Secretários Municipais de Saúde que responderam os questionários enviados



Gráfico 2 – Cargos e funções exercidos pelos respondentes que não eram Secretários Municipais de Saúde



Os instrumentos utilizados eram questionários semi-estruturados (APÊNDICE B), testados previamente e enviados a partir do sistema Formsus, que possibilitou o preenchimento e envio de respostas “on line”, através da *Internet*.

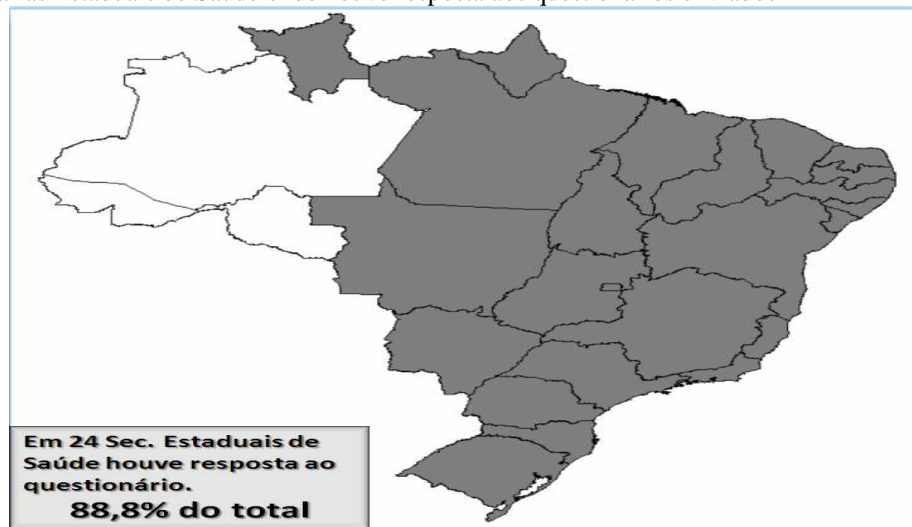
Preliminarmente e concomitante ao envio dos questionários, realizou-se trabalho de divulgação, convencimento e solicitação de resposta, por via telefônica, com lideranças de Secretários Municipais de Saúde de todos os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Brasil. Também foi realizada a divulgação por e-mail e sítios na Internet, enviados e disponíveis para o conjunto de Secretários Municipais de Saúde. Especificamente para os casos selecionados, além do envio de uma sequência de e-mails, também foram realizados contatos telefônicos.

Durante o período de coleta, estabeleceu-se uma logística de monitoramento das respostas e de substituição de respondentes, quando não houve resposta em tempo hábil.

### 3.2.2 Casos estaduais: amostragem, fontes e instrumentos

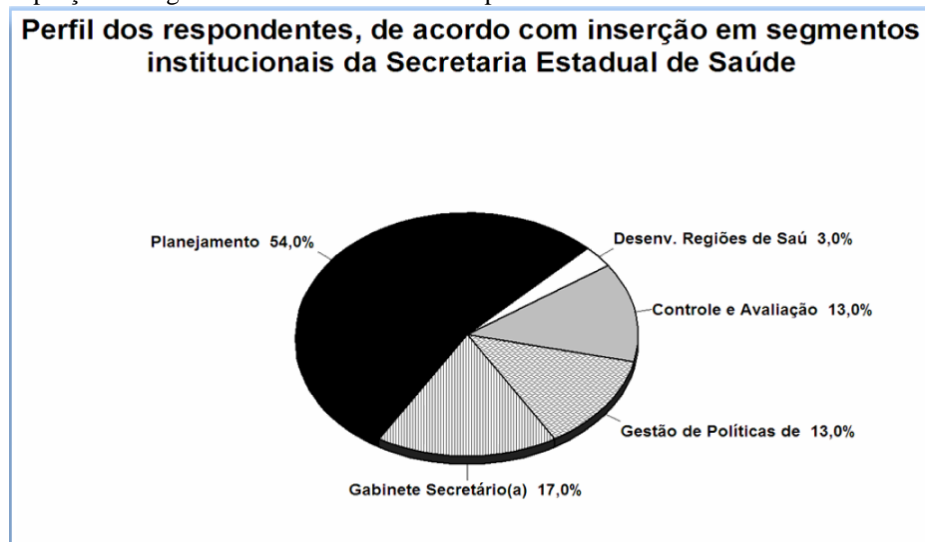
Em se tratando do estudo quantitativo, a definição inicial de casos de Secretarias Estaduais de Saúde (SES) foi estabelecida a partir de amostragem estatística, simples e aleatória, calculada com margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, o que redundou na definição mínima de 23 casos. No estudo foram obtidas respostas de questionários enviados a 24 Secretarias Estaduais de Saúde (Figura 1).

Figura 1 – Secretarias Estaduais de Saúde onde houve resposta aos questionários enviados



Para a obtenção de dados e informações, foram utilizadas fontes primárias, dirigentes das SES selecionadas, cujos principais setores de atividades estão descritos no gráfico 3.

Gráfico 3 – Proporção de segmentos de atividades dos respondentes oriundos de Secretarias Estaduais de Saúde



Os instrumentos utilizados para a coleta de dados e informações nas SES também eram questionários semi-estruturados (APÊNDICE C), testados previamente, enviados e obtidos a partir da mesma sistemática e logística descrita para os casos municipais.

Em se tratando do estudo qualitativo, estabeleceu-se amostragem intencional, com a inclusão de SES de todas as grandes regiões brasileiras e de estados de distintos portes populacionais.

As SES inicialmente selecionadas e convidadas foram: Bahia, Mato Grosso, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Ressalta-se, que a escolha destas 8 SES foi realizada juntamente com técnicos e dirigentes do Departamento de Monitoramento e Avaliação de Saúde (DEMAGS-SGEP/MS), obedecendo a um critério intencional de indicação e inclusão de dirigentes com atuação direta em processos e práticas de avaliação e monitoramento no âmbito da gestão estadual.

Utilizou-se a técnica de Grupo Focal, com roteiro de questões previamente elaborado (APÊNDICE D), para a obtenção de proferimentos discursivos. A escolha desta técnica deveu-se à sua característica, considerada vantajosa para o estudo, de permitir a ênfase em determinado tipo de discurso, multilateral, plural, dialogado e, eventualmente, dialógico. De modo a expor não somente (dis) posições singulares e particulares, mas também contradições, mediações e sínteses engendradas no intercurso da discussão (BUNCHAFT; GONDIM, 2004).

Por ocasião da realização da sessão única do Grupo Focal houve a desistência e ausência do dirigente da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, portanto, a sessão contou com a participação de dirigentes de 7 (sete) SES. No intercurso desta sessão, correlatos ao conjunto de temas induzidos a partir do roteiro prévio, emergiram outros temas, de autoria do próprio grupo, devidamente incorporados no processo de análise.

### **3.3 Processamento de dados e informações**

#### ***3.3.1 Dados e informações oriundas de questionários respondidos por dirigentes de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.***

- Questões fechadas (estruturadas): tabulação simples e cruzadas, com o auxílio dos programas *Tabwin* e *Epi-Info*.

- Questões abertas (não-estruturadas): leitura, classificação e ordenação de sintagmas analíticos e *corpora* discursivos, com o auxílio do programa *Logos*<sup>9</sup>.

### ***3.3.2 Discursos proferidos por dirigentes de Secretarias Estaduais de Saúde que participaram do Grupo Focal***

Após a transcrição literal da gravação de discussões e discursos proferidos por ocasião da sessão de Grupo Focal, o material foi processado com o auxílio do Programas NVivo, versão 9.0 e *XMind*<sup>10</sup>, gerando sintagmas analíticos e, posteriormente a identificação e ordenação de temas (conteúdos temáticos) para análise.

## **3.4 Processamento e análise do material**

Os dados brutos e informações procedentes dos questionários (SMS e SES) foram analisados a partir do cálculo de frequências, simples e estratificadas. Particularmente as questões abertas dos dois questionários foram categorizadas e, posteriormente, ordenadas a partir das maiores recorrências e ênfase na caracterização de perfis de opinião.

Para a análise do material proveniente do Grupo Focal, foi utilizada abordagem mais fenomenológica, a partir do método de “Análise de Conteúdo”, do tipo Categorical e Temático (BARDIN, 1979, 2000). Com a identificação, ordenação e análise de *corpora* discursivos e sintagmas analíticos e unidades de significado e contexto; cuja denominação preliminar foi posteriormente recomposta em categorias significativas mais abrangentes, a partir de critérios de recorrência, significância, exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Momentos de análise:

- Pré-análise: leitura flutuante de todo o material transcrito, com classificação de enunciados intactos (*sintagmas analíticos*) por equivalência com conteúdos temáticos definidos previamente ou surgidos no decorrer da leitura
- Exploração, seleção e constituição de *corpora* discursivos de leitura.

<sup>9</sup> É um programa aberto e universal que auxilia na análise de pesquisas de natureza qualitativa.

<sup>10</sup> Programa capaz de criar mapas mentais para organizar idéias, processos e fluxo de informações.

- Identificação de unidades de significado e de contexto: unidades textuais de palavras, linhas e parágrafos oriundas discursos selecionados e com significação em relação aos conteúdos temáticos em evidência.

As categorias temáticas que emergiram da análise do material empírico do Grupo Focal foram assim classificadas e ordenadas:

- Pontos de Vista
- Política de pessoal/Trabalho humano
- Instâncias Institucionais
- Modos/Métodos
- Meios/Dispositivos e Instrumentos
- Tempos/Prazos

Tais categorias expressam conteúdos temáticos alusivos aos processos e práticas de monitoramento e/ou avaliação sistemática da gestão governamental em Saúde.

De início, a tematização primordial refere-se às concepções interpretações, explicações, entendimentos e dúvidas acerca dos processos e práticas de monitoramento da gestão governamental no âmbito das SES. Trata-se de discursos teóricos, com intenção de justificar ações cognitivas ou proferimentos de constatação lógica e de natureza normativa, regulatória; mas também, de discursos práticos, que buscam comprovar tais proferimentos regulativos, em razão de sua aplicabilidade no mundo real, nas relações cotidianas

Na análise de síntese, contemplada na capítulo de discussões desta dissertação, foi realizada uma triangulação de evidências, a partir do material processado e analisado dos questionários municipais e estaduais, e do Grupo focal. Para tanto, utilizou-se como escopo de análise o referencial normativo dos Sistemas de Direção Estratégica (SDE) do economista Carlos Matus (MATUS, 1996), cujas referências teóricas, metodológicas e logísticas foram desenvolvidas com a intenção de introduzir novas práticas de gestão em âmbito governamental, tendo sido caracterizado como:

[...] Um conjunto de dispositivos que estruturam práticas de trabalho em uma organização, levando à eficiência, á eficácia, á reflexão, à criatividade, á responsabilização, á apreciação situacional imediata e a visão direcional a longo prazo (MATUS, 1996a, p.317).

No quadro 6 e figura 2 estão apresentadas as principais características dos sistemas de direção estratégica (SDE) *matuseanos*.

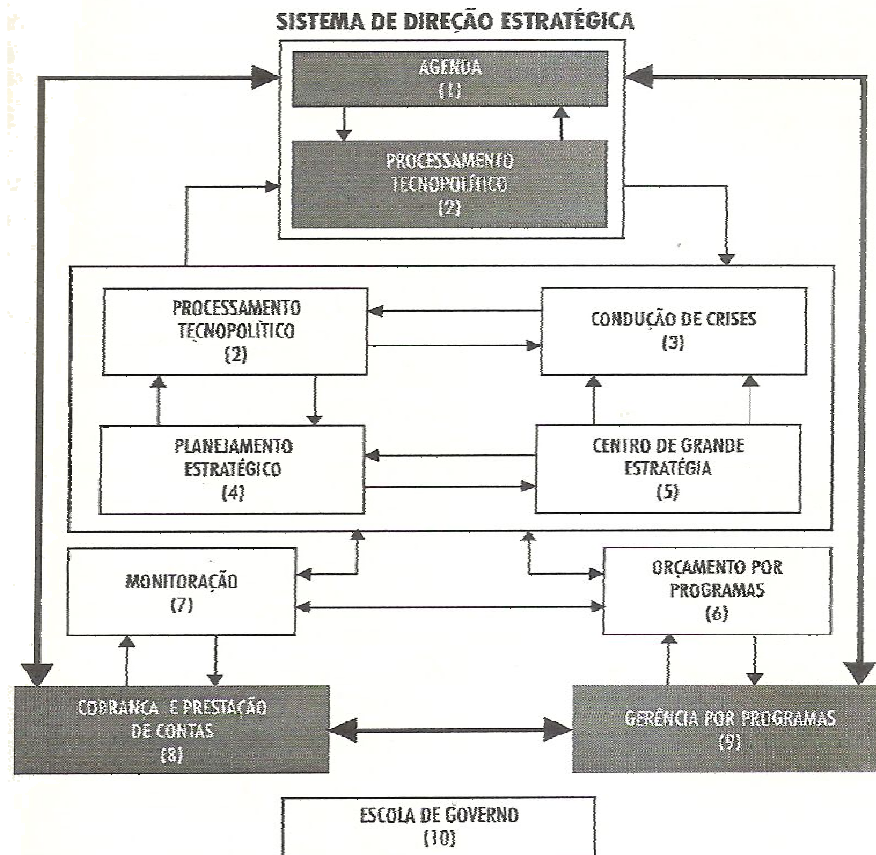
Quadro 6 – Sistemas de direção estratégica propostos por Carlos Matus e suas principais características

SISTEMA	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Configuração da Agenda do Dirigente	Este sistema opera com recursos escassos, como o uso do tempo e o foco de atenção dos dirigentes. Portanto, reporta-se a definição dos problemas que devem ou não entrar na pauta do dirigente.
Processamento tecnopolítico de problemas	O PES propõe a UPT que deverá atuar no processamento tecnopolítico de problemas, combinando a análise política, jurídica e técnica com qualidade admissível. Além disto, mantém o monitoramento da agenda do dirigente e colabora no preparo da cobrança e prestação de contas por desempenho.
Condução de crises	Corpo de funcionários preparado para atuar com métodos especiais em situações de emergência, tais como, secas, enchentes etc. Alimentado por um sistema de informações e monitoramento eficaz. Atua geralmente a partir de “salas de situação” e “salas de governo”.
Planejamento estratégico	Atuação direcionada para processamento tecnopolítico de problemas de médio e curto prazo, conformando elos com outros sistemas (gabinete do dirigente, UPT e centros de grande estratégia) em uma cadeia estratégica.
Centros de grande estratégia	Explora o futuro e atua com métodos de análise próprios, baseados em prospectiva. Sua ação é condicionada pela capacidade governamental.
Orçamento econômico e por programas	Concentra-se em objetivos com recursos alocados para cumpri-los através de programas e operações. Pode servir de instrumento fundamental para a gerência por objetivos.
Monitoramento e avaliação	Acompanhamento e avaliação de planos e resultados da ação governamental, subsidiando a tomada de decisão e a prestação de contas por desempenho. Opera com a produção de indicadores e sinais expressos a partir de informações descentralizadas e ultra-seletivas em tempo eficaz.
Cobrança e prestação de contas por desempenho	Responsabilização de governantes, sua equipe e demais funcionários, a partir do estabelecimento <i>a priori</i> de momentos, critérios e procedimentos de avaliação para prestação de contas. As contas devem ser prestadas e divulgadas publicamente.
Gerência por operações	Execução de propostas e diretrizes gerais apregoadas em ações, obedecendo a regras e critérios superiores, mas com espaço indispensável para criatividade e inovação. A eficácia deste sistema necessita de um equilíbrio entre responsabilidade e governabilidade.
Escola de Governo ou Centros de Treinamento	Constituição de centros de alto nível para formação de dirigentes. Neste aspecto vale ressaltar a proposição de uma disciplina intitulada Ciências e Técnicas de Governo, e ainda, a influência deste autor no surgimento de escolas de governo, de maneira especial na América Latina.

Fonte: (MATUS, 1996a, 2000)

Para Matus (1996), o Sistema de Monitoramento é uma sistemática, tecnologia e dispositivo para a produção de modo descentralizado e em tempo eficaz, de massa de informações ultrasseletivas e de uso específico para atores institucionais bem definidos, na forma de indicadores e sinais, úteis e percíveis. E, apesar, de não ser um dos três sistemas vértices desta formulação, o sistema de monitoramento governamental tem importância crucial, pois dá subsídio e apoio, contínuo e em tempo eficaz, ao processo de tomada de decisões para a governabilidade e condução estratégica e, eventualmente, em situações de crise por meio de sistemas de monitoramento mais específicos. Além disto, relaciona-se a viabilidade do principal sistema de direção *matusiano*, o sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho.

Figura 2 – Esquema de interconexão entre os sistemas de direção estratégica de Carlos Matus



De fato, procedeu-se uma análise de processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, tomando-se como referencial analítico o Sistema de Monitoramento *matusiano*, em sua associação com os demais sistemas de direção e condução governamental propostos nesta formulação.

Não se trata propriamente de verificar se as SMS e SES possuem e operam os SDE, tal qual foram proposto por Matus, mas observar se estas instituições possuem iniciativas (sistemáticas, estratégias, dispositivos, arranjos e tecnologias) que se assemelham aos SDE *matusianos*, considerando tais dispositivos como importantes para qualidade de uma gestão governamental em Saúde.

### 3.5 Aspectos éticos do estudo

Salienta-se que esta pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, sob parecer 238/2010. Sendo obedecidas as regras estabelecidas pela



Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003) e pela Declaração de Helsinque, que estabelecem normas para os procedimentos éticos em pesquisas sociais. Incorpora os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Como também, assegura os direitos e deveres da pesquisa frente à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa, a sociedade e ao Estado. Os participantes do Grupo Focal foram previamente informados sobre objetivos, método e produtos previstos no estudo, ocasião em que lhes foi assegurado o anonimato e a possibilidade de desistência. Para isto todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), antes de participarem de quaisquer momentos da pesquisa.

A presente investigação recebeu auxílio financeiro de dois projetos que abordaram a temática do Monitoramento e Avaliação (M&A) da gestão governamental em Saúde. Um destes projetos foi viabilizado por meio de uma parceria entre DEMAGS/MS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Associação Cearense de Estudos e Pesquisas (ACEP) e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da UFC. Já o outro, tratou-se de um projeto de pesquisa aprovado no Edital MCT/CNPq Universal, com abordagem essencialmente qualitativa.

Este trabalho de pesquisa e desenvolvimento tecnológico compõe uma linha de pesquisa mais ampla e abrangente, que trata da temática sobre gestão governamental em Saúde, desenvolvida pela *Comunidade de Estudos e Pesquisa sobre Políticas e Gestão em Saúde (POÍÉSIS)*, que, por sua vez, integra a *Rede Interdisciplinar de Pesquisa e Avaliação em Sistemas de Saúde (RIPASS)*

## 4 RESULTADOS

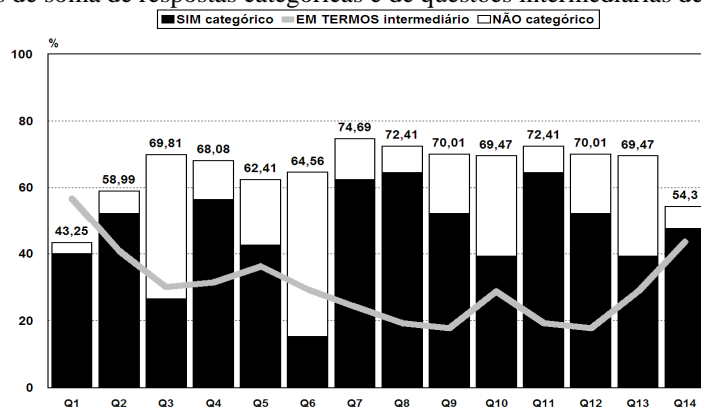
Os resultados estão apresentados em duas partes complementares, com discriminação dos casos municipais e estaduais, sendo estes últimos divididos em razão das abordagens e métodos utilizados.

### 4.1 Casos municipais

Nos questionários respondidos por dirigentes de Secretarias Municipais de Saúde (apêndice), doravante denominados de respondentes, estão dispostas questões que tratam de vários aspectos acerca de processos e práticas de Monitoramento e Avaliação da gestão municipal em Saúde (M&A-GMS).

A maior parte das questões objetivas apresentadas possuía como alternativas de respostas, assertivas categóricas e polares de SIM e de NÃO; como também, uma alternativa intermediária (geralmente iniciada com a expressão: EM TERMOS) que, permitia a opinião ou posicionamento não categóricos. Para efeito de análise frequencial das alternativas assinaladas, houve ênfase na caracterização das respostas categóricas, tendo em vista a natureza mais óbvia e apreensível de seus proferimentos. De um total de 14 questões com estas alternativas de respostas, somente em uma delas (7% do total) a alternativa de resposta intermediária (Em termos...) obteve uma frequência maior do que a soma das respostas categóricas (Gráfico 1). A média da soma de respostas categóricas foi de 69,7 %.

Gráfico 4 – Percentuais de soma de respostas categóricas e de questões intermediárias de questionário.



Existe significância estatística para a estratificação da amostra de SMS, tanto em termos de portes populacionais, quanto de distribuição estadual e macro-regional. O

percentual de questões não preenchidas não possui significância estatística. Para efeito de análise exploratória, as respostas “intermediárias” (“em termos”), não foram tão evidenciadas.

Observa-se, no quadro abaixo (QUADRO 7), que apenas no Sudeste o número de respondentes não ultrapassou os 10% do total de SMS localizadas nesta região, com diferença não significativa. Minas Gerais (MG) foi a UF com maior número de respostas, no entanto, somente 8,3% das SMS deste estado responderam a pesquisa. No entanto, vale ressaltar, que MG é o estado com maior número de municípios no país e o mais heterogêneo do ponto de vista territorial e das condições socioeconômicas.

Quadro 7 – Quantidade absoluta e percentual de respondentes em relação ao total de SMS nas UF e regiões

Unidades federativas e regiões	Qtd de SMS respondentes nas UF regiões	% de SMS respondentes em relação ao total de SMS nas UF e regiões
Acre	3	13,6
Amapá	3	18,8
Amazonas	8	12,9
Pará	12	8,4
Rondônia	5	9,6
Roraima	3	20,0
Tocantins	19	13,7
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>53</b>	<b>11,8</b>
Alagoas	10	9,8
Bahia	42	10,1
Ceará	24	13,0
Maranhão	24	11,1
Paraíba	26	11,7
Pernambuco	22	11,9
Piauí	28	12,5
Rio Grande do Norte	14	8,4
Sergipe	8	14,0
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>198</b>	<b>10,7</b>
Goiás	28	11,4
Mato Grosso	12	8,5
Mato Grosso do Sul	10	12,8
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>50</b>	<b>10,7</b>
Espírito Santo	9	11,5
Minas Gerais	71	8,3
Rio de Janeiro	11	12,0
São Paulo	63	9,8
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>154</b>	<b>9,2</b>
Paraná	39	9,8
Rio Grande do Sul	50	10,1
Santa Catarina	33	11,3
<b>REGIÃO SUL</b>	<b>122</b>	<b>10,2</b>
<b>BRASIL</b>	<b>577</b>	<b>10,3</b>

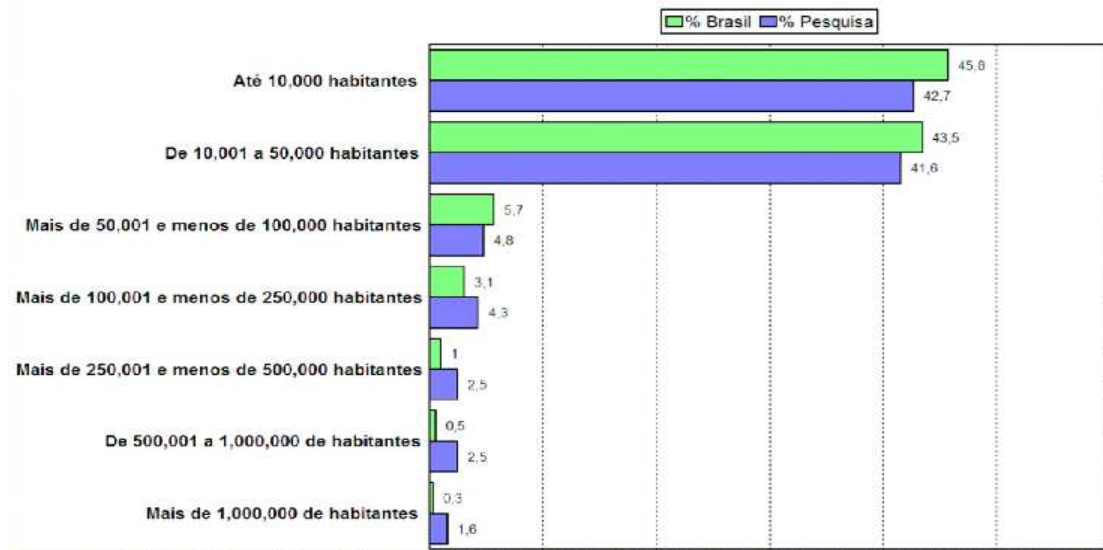
Na maioria das UF e, exceto na região Sudeste, o percentual de SMS respondentes ficou um pouco acima do percentual de municípios brasileiros existentes. Nos casos onde este percentual ficou abaixo, a diferença não tem significância estatística.

Quadro 8 – Comparação entre o percentual de municípios do Brasil e o percentual de SMS respondentes na UF e na região

Unidades federativas e regiões das SMS respondentes	% de municípios do Brasil na UF e na região	% de SMS respondentes na UF e na região
Acre	0,4	0,5
Amapá	0,3	0,5
Amazonas	1,1	1,4
Pará	2,6	2,1
Rondônia	0,9	0,9
Roraima	0,2	0,5
Tocantins	2,5	3,3
<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>8,0</b>	<b>9,19</b>
Alagoas	1,8	1,7
Bahia	7,5	7,3
Ceará	3,3	4,1
Maranhão	3,9	4,1
Paraíba	4,0	4,5
Pernambuco	3,3	3,8
Piauí	4,0	4,8
Rio Grande do Norte	3,0	2,4
Sergipe	1,3	1,4
<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>32,1</b>	<b>34,3</b>
Goiás	4,4	4,8
Mato Grosso	2,5	2,1
Mato Grosso do Sul	1,4	1,7
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>
Espírito Santo	1,4	1,5
Minas Gerais	15,4	12,3
Rio de Janeiro	1,6	1,9
São Paulo	11,7	10,9
<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>30,1</b>	<b>26,7</b>
Paraná	7,2	6,76
Rio Grande do Sul	9,0	8,67
Santa Catarina	5,3	5,72
<b>REGIÃO SUL</b>	<b>21,5</b>	<b>21,2</b>

Em se tratando dos estratos de portes populacionais, o gráfico abaixo demonstra que não houve diferença significativa na comparação entre percentuais de faixas populacionais da estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e das respostas das SMS.

Gráfico 5 – Comparação entre percentuais de faixas populacionais da estimativa do IBGE e das respostas das SMS



A maioria dos voluntários respondentes da pesquisa foram os (as) próprios (as) Secretários (as) Municipais de Saúde (76,14%). Ou seja, dos 570 questionários preenchidos,  $\frac{3}{4}$  afirmaram ocupar o cargo de Secretários (as) Municipais de Saúde.

Quadro 9 – Quantidade de Secretário (a)s Municipais de Saúde que responderam pessoalmente o questionário

RESPOSTAS	N	%
Sim	434	76,14
Não	136	23,86
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Dos 23,86% (n=136), a maior parte está formada de técnicos administrativo/financeiros (n=37), coordenadores de Atenção Básica (n=23) e de Departamentos de Saúde (n=20).

Quadro 10 – Respondentes da pesquisa que ocupavam outros cargos e funções em suas respectivas SMS

GRUPO DE CARGOS OU FUNÇÕES, EXCETO SECRETÁRIOS DE SAÚDE	N	%
Técnico administrativo e/ou financeiro	37	27
Coordenador da Atenção Básica ou Programas de Saúde da Família	23	17
Coordenador de Departamento de Saúde	20	15
Profissional de saúde	12	9
Coordenador de Planejamento	11	8
Coordenador Regulação, Controle, Avaliação, Monitoramento e Auditoria	10	7
Secretário Adjunto de Saúde ou Subsecretário	8	6
Coordenador de Sistemas de Informação em Saúde	4	3
Digitador	3	2
Diretor de hospital	3	2
Gerente de Serviços de Saúde	3	2
Chefe de Gabinete	1	1
Prefeito Municipal	1	1
Total	136	100

Apenas 204 respondentes, ou seja, menos da metade dos voluntários (n=204) que responderam a pesquisa (n=511) afirmaram categoricamente que dispunham efetivamente de dados e informações considerados imprescindíveis para o monitoramento da sua própria gestão governamental.

Quadro 11 – Dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão da própria Secretaria de Saúde?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim; disponho de todos os dados e informações imprescindíveis	204	39,92
Em termos; disponho somente de alguns dos dados e informações imprescindíveis	290	56,75
Não disponho dos dados e informações imprescindíveis	17	3,33
Fichas Preenchidas	511	88,56
Não responderam	66	11,44

### Situação de Saúde e demandas de serviços

De 573 (99,31%) respondentes, pouco mais da metade (n=299) afirmaram categoricamente que a Secretaria de Saúde possui alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população.

Quadro 12 – A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	299	52,18
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	234	40,84
Não	39	6,81
Prefiro não responder	1	0,17
Fichas Preenchidas	573	99,31
Não responderam	4	0,69

Quando indagado se a Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica, apenas aproximadamente  $\frac{1}{4}$ , ou seja, 26,53% dos 573 (99,31%) respondentes do instrumento afirmaram categoricamente que SIM (n=152).

Quadro 13 – QUESTÃO 9: A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	152	26,53
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	172	30,02
Não	248	43,28
Não sei	1	0,17
Fichas Preenchidas	573	99,31
Não responderam	4	0,69

Pouco mais da metade dos respondentes (n=567) referiram categoricamente que a Secretaria de Saúde tem disponibilidade de dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde (n=320).

Quadro 14 – QUESTÃO 10: A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	320	56,44
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	178	31,39
Não	66	11,64
Não sei	1	0,18
Prefiro não responder	2	0,35
Fichas Preenchidas	567	98,27
Não responderam	10	1,73

Já quando perguntado se a Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades, menos da metade dos 572 respondentes afirmaram categoricamente que SIM (n=243). Esperava-se uma porcentagem menor da resposta categórica SIM, se comparado a questão anterior, uma vez que 40,45% dos municípios da amostra estão situados na faixa populacional até 10000 hab.

Quadro 15 – QUESTÃO 11: A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	243	42,48
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	207	36,19
Não	114	19,93
Não sei	4	0,70
Prefiro não responder	4	0,70
Fichas Preenchidas	572	99,13
Não responderam	5	0,87

Pouco mais da metade de 570 respondentes afirmaram que SIM (n=315), a Secretaria de Saúde realiza monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de saúde de outros municípios, de forma regular e sistemática. Sendo que, outros 27,89% (n=159) responderam SIM, porém, eventualmente ou em períodos irregulares.

Quadro 16 – QUESTÃO 12: A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de saúde de outros municípios?

RESPOSTAS	N	%
Sim, semanalmente	66	11,58
Sim, mensalmente	139	24,39
Sim, trimestralmente ou semestralmente	74	12,98
Sim, anualmente	36	6,32
Sim, eventualmente ou em períodos irregulares	159	27,89
Não	87	15,26
Não se aplica, pois o meu município não encaminha e nem recebe encaminhamentos de outros municípios	4	0,70
Não sei	4	0,70
Prefiro não responder	1	0,18
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Em se tratando da presença e funcionamento de um serviço de Ouvidoria na própria prefeitura municipal, observou-se que mais da metade dos respondentes afirmaram categoricamente NÃO (n=328).

Quadro 17 – QUESTÃO 13: Existe algum serviço governamental de Ouvidoria em funcionamento atualmente em seu município?

RESPOSTAS	N	%
Sim, específico para a Saúde	155	27,15
Sim, para toda a Prefeitura	74	12,96
Não	328	57,44
Não sei	8	1,40
Prefiro não responder	6	1,05
Fichas Preenchidas	571	98,96
Não responderam	6	1,04

Quando se trata de um serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Secretaria de Saúde, pouco mais da metade dos respondentes assinalaram categoricamente que NÃO (52,65%).

Quadro 18 – QUESTÃO 14: Existe algum serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Secretaria de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Sim	249	43,99
Não	298	52,65
Não sei	7	1,24
Prefiro não responder	12	2,12
Fichas Preenchidas	566	98,09
Não responderam	11	1,91



No caso de uma questão em nível de prefeitura municipal, dos respondentes, somente 15,26 % asseverou categoricamente que possuem (n=87) algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise. Vale ressaltar, que o alto índice de resposta categórica NÃO nas três últimas questões foi enviesado pela composição das SMS respondentes da amostra, dado que, a maioria dos municípios possui menos de 10 000 habitantes. Os mesmos, geralmente, possuem uma pequena estrutura administrativa e, talvez, não seja tão necessário que a Secretaria de Saúde tenha uma estrutura própria, como por exemplo, de Auditoria.

Quadro 19 – QUESTÃO 15: A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?

RESPOSTA	N	%
Sim	87	15,26
Em termos, não se trata de um "gabinete de crise", mas existem pessoas treinadas para atuar em situações de crise	167	29,30
Não	281	49,30
Não sei	26	4,56
Prefiro não responder	9	1,58
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Quase metade dos respondentes (n=571) assinalou que, na gestão atual, o plano municipal de saúde ainda não havia sido elaborado, ou estava elaborado, mas ainda não aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. Ressalta-se que, quando o questionário foi respondido já havia decorrido mais de 12 meses de gestão governamental nestes municípios.

## Planos e Programações

Quadro 20 – QUESTÃO 16: O município possui um “Plano Municipal de Saúde” elaborado pela gestão atual?

RESPOSTAS	N	%
Sim, já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde	320	56,04
Sim; ainda não aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde	139	24,34
Ainda não	109	19,09
Não sei	1	0,18
Prefiro não Responder	2	0,35
Fichas Preenchidas	571	98,96
Não responderam	6	1,04

Quando perguntado se na Secretaria de Saúde há uma sistemática de monitoramento da aplicação e consecução dos objetivos e recursos planejados formalmente, quase 2/3 dos respondentes afirmaram categoricamente que SIM (n=352).

Quadro 21 – QUESTÃO 17: Na Secretaria de Saúde é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente?

RESPOSTAS	N	%
Sim	352	62,30
Em termos, de forma improvisada ou assistemática	137	24,25
Não	70	12,39
Não sei	2	0,35
Prefiro não responder	4	0,71
Fichas Preenchidas	565	97,92
Não responderam	12	2,08

O relatório de gestão (relatório de avaliação) apontado como o principal instrumento de monitoramento dos planos de gestão utilizado nas SMS. Pois, o mesmo teve alto percentual de resposta quando foi o único a ser citado ou ainda em associação com outros instrumentos. Em sendo assim, pressupõe-se que o monitoramento da gestão seja realizado anualmente, uma vez que o relatório de gestão possui periodicidade anual.

Quadro 22 – QUESTÃO 18: Por favor, selecione quais os principais instrumentos de monitoramento dos planos de gestão utilizados em sua Secretaria de Saúde

RESPOSTAS	N	%
Painel de indicadores	197	35,88
Relatórios de avaliação	396	72,13
Outros instrumentos	197	35,88
Não sei ou Prefiro não responder	23	4,19
Fichas Preenchidas	549	95,15
Não responderam	28	4,85

Aproximadamente 2/3 dos respondentes consideram o Relatório de Gestão como MUITO ÚTIL (n=379). O que condiz com a afirmação referente à questão anterior, de que o mesmo é considerado o principal instrumento de monitoramento da gestão.

Quadro 23 – QUESTÃO 19: Na sua opinião, como o(a) sr(a) classifica a utilidade prática dos Relatórios de Gestão elaborados na sua Secretaria de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Muito útil	379	66,37
Medianamente útil	137	23,99
Pouco útil	39	6,83
Sem utilidade	3	0,53
Não sei	6	1,05
Prefiro não responder	7	1,23
Fichas Preenchidas	571	98,96
Não responderam	6	1,04

Em se tratando do monitoramento do Plano Municipal de Saúde, 2/3 dos respondentes afirmaram categoricamente que SIM (n=365), no último Relatório de Gestão constam indicadores referentes às diretrizes do Plano.

Quadro 24 – QUESTÃO 20: No último Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Municipal de Saúde” vigente?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	367	64,50
Não consta	45	7,91
Em termos (constam informações, mas não indicadores)	110	19,33
Não se aplica, pois a Secretaria de Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008	21	3,69
Não sei	16	2,81
Prefiro não responder	10	1,76
Fichas Preenchidas	569	98,61
Não responderam	8	1,39

No caso da incorporação de propostas do Controle Social, pouco mais da metade dos respondentes afirmaram categoricamente que no último Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde (n=296).

Quadro 25 – QUESTÃO 21: No último Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	296	52,20
Não constam	101	17,81
Em termos (constam informações, mas não indicadores)	101	17,81
Não se aplica, pois a Secretaria de Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008	15	2,65
Não sei	34	6,00
Prefiro não responder	20	3,53
Fichas Preenchidas	567	98,27
Não responderam	10	1,73

Quando perguntado sobre a identificação e monitoramento de fontes de captação de recursos de investimentos, somente 39,12% dos respondentes afirmaram categoricamente que a prefeitura ou SMS possuía estratégia ou modalidade organizativa para este fim (n=223)

## **Recursos**

Quadro 26 – QUESTÃO 22: A Prefeitura ou Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	223	39,12
Ainda Não	173	30,35
Em termos, existem pessoas que fazem este trabalho, mas não de forma regular	164	28,77
Não sei	8	1,40
Prefiro não responder	2	0,35
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Nesta questão, que tratava sobre análise e monitoramento de custos próprios, Apenas menos da metade dos respondentes afirmaram categoricamente que a SMS realizava análise e monitoramento de custos próprios, de forma regular e periódica (n=251). Outros 17,72 (n=101) afirmaram realizar monitoramento dos seus próprios custos, porem de forma irregular e não periódica.

Quadro 27 – QUESTÃO 23: A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento de seus próprios custos?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim, a própria Secretaria de Saúde faz o monitoramento de custos de forma regular e periódica	251	44,04
Sim, a própria Secretaria de Saúde faz o monitoramento de custo, porém NÃO de forma regular e periódica	101	17,72
Não, mas outro setor da Prefeitura faz este monitoramento (ex, Secretaria de Fazenda)	198	34,74
Não sei	8	1,40
Prefiro não responder	12	2,11
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Tendo em vista o trabalho com avaliação e monitoramento da gestão, apenas 1/3 dos respondentes referiu não possuir nenhum servidor exclusivo para este fim (n=187). Chama atenção que outros 56,67% responderam possuir de 2 a 5 servidores.

Consequentemente, nesta questão a hipótese é de que os respondentes não consideraram de modo relevante a conotação do termo “EXCLUSIVAMENTE”, uma vez nas questões abertas houve alta recorrência de citações relativas à problemática dos recursos humanos, enquanto entrave para estruturação de processos de M&A da gestão governamental.

## **Processos de Trabalho**

Quadro 28 – QUESTÃO 24: Número de servidores que trabalham EXCLUSIVAMENTE com Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Nenhum	187	32,81
De 2 a 5	323	56,67
De 6 a 10	24	4,21
Mais de 10	22	3,86
Não sei	4	0,70
Prefiro não responder	10	1,75
Fichas Preenchidas	570	98,79
Não responderam	7	1,21

Paradoxalmente, apenas menos da metade dos respondentes referiram que afirmaram a Secretaria de Saúde utiliza os resultados do monitoramento e avaliação para reorganizar processos de trabalho (47,45%)

Quadro 29 - QUESTÃO 25: Na sua Secretaria de Saúde os resultados do monitoramento e avaliação são utilizados para reorganizar o processo de trabalho?

RESPOSTAS	N	%
Sim, de forma sistemática	270	47,45
Não	39	6,85
Em termos, de forma improvisada ou assistemática	248	43,59
Não sei	4	0,70
Prefiro não responder	8	1,41
Fichas Preenchidas	569	98,61
Não responderam	8	1,39

Nas respostas dos dirigentes das SMS, observa-se a preponderância do uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) mais antigos e consolidados (SIM, SINASC, SIS-PNI, SIA, SIH), e de Atenção Básica. Este último em razão do grande contingente de municípios de menor porte e com maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Ressalta-se ainda que os sistemas de orçamento (SIOPS) e cadastramento de estabelecimentos (CNES) são utilizados regularmente por mais da metade dos respondentes.

No entanto, o fato destes SIS serem referidos não implica necessariamente que os seus dados são utilizados em nível local para monitoramento e auxílio para a tomada de decisões.

### Informações adicionais

Quadro 30 – QUESTÃO 29: Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Secretaria de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento local e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sistemas de Informações de Atenção Básica (SIAB)	492	87,23
Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)	430	76,24
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)	426	75,53
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)	421	74,65
Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	420	74,47
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	390	69,15
Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)	310	54,96
Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)	259	45,92
Sistema de Centrais de Regulação (SISREG)	121	21,45
Outros Sistemas de Informação federais não listados acima	113	20,04
Outros Sistemas de Informação desenvolvidos ou adquiridos pela Prefeitura	103	18,26
Outros Sistemas de Informação estaduais	95	16,84
Sistema de Informações de Gerenciamento de Informações Locais (GIL)	75	13,30
Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB)	67	11,88
Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS (SGIF)	66	11,70
Nenhum dos Sistemas de Informação são monitorados na Secretaria de Saúde	12	2,13
Não sei ou Prefiro não responder	1	0,18
Fichas Preenchidas	564	97,75
Não responderam	13	2,25

Em se tratando dos espaços institucionais (um ou mais alternativas) onde são utilizados os resultados do monitoramento e avaliação, há uma nítida preponderância dos Conselhos Municipais de Saúde (n=486). Contudo, o percentual aludido às Câmaras de Vereadores é hipoteticamente considerado excessivo (n=212).

Quadro 31 – QUESTÃO 30: Se for o caso, em que espaços institucionais são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Secretaria de Saúde?

<b>RESPOSTAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conselho Municipal de Saúde	486	87,25
Câmara de Vereadores	212	38,06
Comissão Intergestores Bipartite (regional ou estadual)	224	40,22
Outros	131	23,52
Nenhum outro espaço	15	2,69
Não sei ou Prefiro não responder	4	0,72
Fichas Preenchidas	557	96,53
Não responderam	20	3,47

Os instrumentos mais citados pelos respondentes como meios para a SMS comunicar as informações do SUS para a população, foram o rádio (n=330) e os folhetos (n=240). Em razão da predominância de municípios com menor porte populacional é esperado que o rádio ainda seja o meio de comunicação mais utilizado.

Quadro 32 – QUESTÃO 31: Como a Secretaria de Saúde comunica as informações do SUS para a população em geral?

RESPOSTAS	N	%
Rádio(s)	330	58,10
Folhetos	240	42,25
Jornal	189	33,27
Televisão	64	11,27
Outros	269	47,36
Não possuímos processo de comunicação de informações do SUS para população	53	9,33
Não sei ou Prefiro não responder	2	0,35
Fichas Preenchidas	568	98,44
Não responderam	9	1,56

Tendo em vista os tipos de dados e informações consideradas imprescindíveis para o M&A da gestão, observa-se a predominância de respostas relativas aos dados epidemiológicos (32%) e financeiros (10%), embora os mesmos possam também estar contidos nos outros tipos referidos. No caso dos dados epidemiológicos, ressalta-se que não se trata, pelo menos de modo mais apropriado, de indicadores de processo.

Quadro 33 – QUESTÃO 6: Na sua condição de dirigente municipal de Saúde, que tipos de dados e/ou informações o(a) sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento da gestão governamental na Secretaria de Saúde de seu município ? (N= 506)

CATEGORIAS/ TIPOS DE MONITORAMENTO	%
Dados e Informações epidemiológicas	32
Financeiro e orçamentário	10
Plano Municipal de Saúde	5
Informações da Atenção Básica	5
Relatório de gestão	4
Indicadores do Pacto pela Saúde	4
Produtividade dos serviços	3
Programação Pactuada e Integrada (PPI)	3
Informações hospitalares (internações etc..)	2
Dados demográficos, socio-econômicos e ambientais	2
Cobertura vacinal	2
Relatórios de avaliação/coordenações e gerências	2
Sistemas de Vigilância em saúde	2
Rede de serviços, capacidade instalada e acessibilidade	2
Demanda reprimida	2
Participação popular e Controle Social	2
Central de Regulação de oferta de serviços	2
Resolutividade dos serviços	2
Recursos humanos	2
Auditoria	1

Satisfação dos usuários	1
Formação e qualificação profissional	1
Infra-estrutura	1
Contratos e convênios	1
Serviço de Ouvidoria	1
Planejamento	1
Programas de saúde	1
Outros tipos de monitoramento	4

Chama atenção que o PLANEJAMENTO é aludido como o maior benefício potencial (1/5 das respostas) para os processos de M&A da gestão, enquanto as outras atividades de gestão são menos citadas. Foram bastante citadas ainda a melhor qualidade da atenção a saúde (17%) e a melhor gestão de recursos financeiros (16%).

Quadro 34 – QUESTÃO 26: Do seu ponto de vista, quais os benefícios para o município em estruturar processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS? (N= 521)

<b>CATEGORIAS/ QUALIFICAÇÃO DE BENEFÍCIOS ALUDIDOS</b>	<b>%</b>
Melhor planejamento das ações	21
Melhor qualidade da Atenção à Saúde	17
Melhor gestão de recursos financeiros	16
Melhor orientação e correção de ações governamentais em curso	10
Melhor gestão de processos de trabalho	9
Melhor identificação e priorização de problemas	8
Incremento da gestão governamental de modo geral	6
Melhor organização e resolubilidade dos serviços de saúde	5
Melhor conhecimento sobre a realidade epidemiológica	3
Melhor análise de tendências e cenários futuros	1
Maior e melhor conhecimento sobre o perfil dos usuários	1
Melhor formulação de políticas de saúde	1
Melhor gerenciamento de Infra-estrutura	1
Incremento na participação e Controle Social	1

Em se tratando de potencialidades para a Secretaria Municipal de Saúde desenvolver processos de M&A da gestão, observa-se a predominância de alusões à disponibilidade de profissionais, entretanto, sem uma discriminação mais específica de que tipo de profissionais e que tipo de atividades seriam desenvolvidas por eles.

Outra alusão significativa refere-se a uma (maior, ou melhor) vontade, proatividade políticas por parte dos governantes municipais.



Quadro 35 – QUESTÃO 27: Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades para a sua Secretaria Municipal de Saúde desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS? (N=442)

<b>CATEGORIAS</b>	<b>%</b>
Disponibilidade de profissionais	37
Vontade política e apoio da administração	10
Existência de recursos de Informática	7
Boa capacidade gerencial	6
Existência de recursos de infra-estrutura	6
Alimentação regular dos Sistemas de Informação em Saúde	5
Boa participação popular e Controle Social	4
Existência e utilização regular de Instrumentos de gestão	3
Processos de trabalho especializados	3
Existência do Programa Saúde da Família	3
Existência Sistema de regulação e controle	2
Parcerias e apoio de outras instituições	2
Desenvolvimento de projetos, programas e ações específicas	2
Existência de planejamento institucional	2
Disponibilidade de recursos financeiros específicos	1
Participação em processo de regionalização	1
Autonomia financeira	1
Existência de Relatório de Gestão	1
Existência de Ouvidoria	1
Boa qualidade dos serviços de saúde	1
Existência de política de comunicação	1
Outros*	1

\*Institucionalização do processo, trabalho intersetorial, existência de municipalização, observação do pacto pela saúde, implantação de sistemática de avaliação (AMQ)

De forma bastante significativa são aludidas dificuldades relativas ao trabalho de profissionais especializados para o exercício de tais funções, seja em razão da insuficiência de pessoal ou de sua qualificação (49%).

Denotando a problemática dos recursos humanos, e conseqüentemente, a questão referente a uma política de pessoal, como entrave significativo para o desenvolvimento de processos de M&A da gestão governamental do setor saúde em âmbito municipal.

Quadro 36 – QUESTÃO 28: Em sua opinião, quais seriam as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria Municipal de Saúde? (N= 497)

CATEGORIAS	%
Ausência ou insuficiência de profissionais qualificados e motivados	49
Ausência ou insuficiência de recursos financeiros	10
Ausência ou insuficiência de Infraestrutura	8
Insuficiência, ineficácia e pouco domínio de dados e informações	6
Cultura institucional adversa	4
Descomprometimento com o SUS e com a Saúde Pública	3
Deficiência gerencial	3
Ausência ou insuficiência de sistemas informatizados	3
Sobrecarga de trabalho	2
Interferências político-partidárias	2
Pouca autonomia político-financeira	1
Alta rotatividade de pessoal	1
Indisponibilidades de tempo	1
Fragilidade no controle social e participação popular	1
Ausência ou insuficiência de apoio interinstitucional (SES e MS)	1
Baixos salários dos servidores	1
Outras dificuldades *	4

\*Despreparo técnico em epidemiologia, ausência de sistemas de referência e contra-referência, pouca integração entre sistemas de informação em saúde, insuficiência dos instrumentos de gestão, desconhecimento sobre o QUALISUS, pouco entendimento da população, ausência de trabalho intersetorial, isolamento geográfico, pouca integração entre Secretaria Municipal de Saúde e o restante da administração municipal.

## 4.2 Casos estaduais

### 4.2.1 Questionários aplicados em Secretarias Estaduais de Saúde

Em 24 SES houve resposta ao questionário semi-estruturado enviado via internet. Portanto, 3 SES (Acre, Amazonas e Rondônia), todas da região Norte, não responderam a pesquisa. Consequentemente, a amostra inicial de 66% foi contemplada, pois 24 SES representam 88% do total das SES brasileiras. Além disto, na região Norte também se alcançou a amostra preestabelecida, uma vez que 66% das SES desta região responderam a pesquisa.

Quanto ao perfil dos respondentes das SES, mais da metade trabalhavam na área de Planejamento. Do total, três questionários foram respondidos pelos(as) próprios(as) Secretários(as) Estaduais de Saúde.

Quadro 37 – Relação das SES e seus respectivos técnicos e dirigentes respondentes da questionário estadual

ESTADO	CARGO
Alagoas	Gerente da Diretoria de Planejamento Estratégico do SUS
Amapá	Técnica da área de Planejamento
Bahia	Assessor Técnico responsável pela construção do Relatório de Gestão e prestação de contas
Ceará	Administradora, Técnica da Equipe da Assessoria de Planejamento e Gestão
Distrito Federal	Diretor de Controle e Avaliação
Espírito Santo	Gerente de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
Goiás	Superintendente de Planejamento
Maranhão	Assessora Chefa de Planejamento
Mato Grosso	Coordenadora de Gestão de Políticas de Saúde
Mato Grosso do Sul	Secretária de Estado
Minas Gerais	Assessor-chefe de Gestão Estratégica
Pará	Coordenador do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento
Paraíba	Chefe do Núcleo de Desenvolvimento das Regiões de Saúde
Paraná	Diretora Geral
Pernambuco	Secretário de Saúde
Piauí	Diretora de Planejamento
Rio de Janeiro	Assessora de Qualidade e Planejamento
Rio Grande do Norte	Subcoordenador de Planejamento
Rio Grande do Sul	Diretora Assessoria Técnica e de Planejamento
Roraima	Diretor do Departamento de Controle do SUS
Santa Catarina	Secretário de Estado da Saúde
São Paulo	Diretor de Planejamento da Saúde
Sergipe	Coordenador do Núcleo de Gestão Estratégica e Participativa
Tocantins	Coordenador de Desenvolvimento de Políticas de Saúde

Quando perguntado se a SES possui Plano Estadual de Gestão elaborado, somente uma ainda não possuía (4,17%) e duas não haviam aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde (8,33%).

Quadro 38 – QUESTÃO 4: O estado possui um "Plano Estadual de Saúde" elaborado pela gestão atual ?

RESPOSTAS	N	%
Sim, já aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde	21	87.50
Sim, ainda não aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde	2	8.33
Ainda não	1	4.17
Fichas Preenchidas	24	100
Não responderam	0	0

A maioria expressiva das SES respondeu que utiliza indicador (es) para o M&A da gestão estadual de saúde (n=19). No entanto, chama atenção também que quatro SES ainda não utilizam nenhum indicador para este fim.

Quadro 39 – QUESTÃO 5: Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum(us) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão estadual em Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Sim	19	79.17
Não	4	16.67
Não se aplica	1	4.17
Fichas Preenchidas	24	100
Não responderam	0	0

Em se tratando dos tipos de indicadores para M&A da gestão estadual de saúde, a categoria Programação, Planejamento e Gestão de processos foi a mais citada (44%). Porém, nestes casos, observa-se a predominância de indicadores associados à programação financeira. Além disto, foram bastante citados também indicadores de Produção de Serviços de saúde (15%) e do Impacto destes serviços no estado de saúde da população (23%).

Quadro 40 – QUESTÃO 6: Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, descreva abaixo algum (ns) indicador (es) utilizados:

CATEGORIAS	N	%
Programação, Planejamento, Gestão de processos	29	44
Epidemiológicos	15	23
Produção de Serviços e Ações de Saúde	10	15
Estrutura (recursos financeiros, insumos, instalações etc.)	5	8
Indicadores próprios dos estados	3	5
Indicadores Sociais	2	3
Recursos humanos e formações	1	2
Satisfação dos Usuários	1	2

No caso do monitoramento extra-setorial, a maioria expressiva dos respondentes assinalou que SIM (n=19), ou seja, a maior parte das SES é monitorada por outros órgãos ou instâncias do governo estadual.

Quadro 41 – QUESTÃO 7: Existe algum espaço institucional extra-setorial no âmbito estadual, que desenvolva o monitoramento de forma contínua e sistemática, das ações e políticas de saúde desenvolvidas pela gestão da SES?

RESPOSTAS	N	%
Sim	19	79.17
Não	3	12.50
Não sei	1	4.17
Prefiro não responder	1	4.17
Fichas Preenchidas	24	100
Não responderam	0	0

Neste particular, observa-se, no monitoramento extra-setorial da gestão das SES, uma predominância de setores associados à gestão financeira, como é o caso da Fazenda, Planejamento e Orçamento (48%).

Quadro 42 – QUESTÃO 8: Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, especifique qual (is) espaço(s) institucional (is):

CATEGORIAS	N	%
Planejamento, Gestão, Fazenda e Orçamento	12	48
Governo, Gabinete e Casa Civil	6	24
Controle Público	4	16
Segurança Pública	1	4
Comissão intergovernamental colegiada	1	4
Instituição de Ensino Superior	1	4

Quantidade expressiva de  $\frac{3}{4}$  dos respondentes referiu que SES monitora e avalia, de forma sistemática, dados e informações sobre a gestão municipal de saúde. Ainda sim,  $\frac{1}{5}$  respondeu que realiza algum tipo de atividade, mas não de maneira sistemática.

Quadro 43 – QUESTÃO 9: A SES realiza, de forma sistemática, algum tipo de monitoramento e avaliação de dados e informações sobre a gestão MUNICIPAL de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Sim	18	75
Não	1	4.17
Em termos	5	20.83

Fichas Preenchidas 24 100

Não responderam 0 0

A maioria expressiva dos respondentes assinalou também que a SES definiu e/ou utiliza algum(ns) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão municipal em saúde (89,47%).

Quadro 44 – QUESTÃO 10: Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum(us) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão MUNICIPAL em Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Sim	17	89.47
Não se aplica	2	10.53

Fichas Preenchidas 19 79.17

Não responderam 5 20.83

No caso de indicador (es) utilizado para monitoramento da gestão municipal, a categoria Programação, Planejamento e Gestão de processos foi significativamente a mais citada (72%). No entanto, da mesma forma que a questão sobre o monitoramento da gestão estadual, aqui trata-se predominantemente de indicadores de programação assistencial e financeira.

Quadro 45 – QUESTÃO 11: Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, descreva abaixo algum (ns) indicador (es) utilizados:

CATEGORIAS	%
Programação, Planejamento, Gestão de processos	72
Produção de serviços e ações de saúde	9
Informações Epidemiológicas	9
Estrutura (recursos financeiros, insumos etc.)	5
Trabalho e pessoal	5

Em se tratando de dados e informações imprescindíveis para monitoramento da gestão estadual, mais uma vez, observa-se nas respostas uma predominância de indicadores de programação financeira (43%).

Quadro 46 – QUESTÃO 12: Na sua condição de dirigente estadual de Saúde, que tipos de dados e/ou informações o(a) sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento e avaliação da GESTÃO na Sec. Saúde de seu estado ?

CATEGORIA	%
Informações Programação, Planejamento e Gestão de Processos	43
Informações epidemiológicas	20
Produção de Serviços	16
Informações financeiras e orçamentárias	11
Estrutura	4
Recursos Humanos	4
Determinantes de Saúde	1
Regulação da oferta	1

O Conselho Estadual de Saúde (n=20) é referido preponderantemente como espaço institucional onde são utilizados os resultados do M&A da gestão governamental das SES. No entanto, observa-se aqui uma significativa referencia sobre a utilização dos resultados para amparar reuniões de Colegiados Regionais de Gestão (n=16), o que condiz com as funções gestores do ente estadual de saúde.

Quadro 47 – QUESTÃO 13: Se for o caso, em qual(is) espaço(s) institucional(is) são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Secretaria de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Conselho Estadual de Saúde	20	86.96
Assembleia Legislativa do Estado	14	60.87
Comissão Intergestores Bipartite	16	69.57
Colegiado de Gestão Regional	16	69.57
Outros	7	30.43
Nenhum outro espaço	1	4.35
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Apesar de menos recorrente do que no caso das SMS, 1/3 das respostas dos voluntários das SES sobre dificuldades, giraram em torno de questões associadas à gestão de

peças (denominada como Recursos Humanos) (33%). Destacaram-se também características de desarticulação de SIS (28%) e a cultura institucional adversa para o desenvolvimento de processos de M&A da gestão (14%).

Quadro 48 – QUESTÃO 14: Em sua opinião, quais seriam as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS em sua Secretaria de Saúde?

CATEGORIAS	%
Recursos humanos e formações	33
Insuficiência de dados e desarticulação de SIS	28
Cultura institucional adversa	14
Falta de articulação nos processos de trabalho da gestão	7
Problemas de infra-estrutura (tecnol. Informa etc..)	5
Falta compromisso	2
Segmentação e Fragmentação do M&A	2
Pouca identificação do usuário	2
Pouca disponibilidade de metodologias e ferramentas	2
SES ainda executora	2
Mudanças na equipe gestora	2
Institucionalização incipiente	2
Gestores despreparados	2

Em se tratando de potencialidades para o desenvolvimento de processos de M&A da gestão nas SES, há uma ênfase nas questões correlatas à gestão de pessoas (20%), mas com opiniões significativas sobre outras questões, tais como comprometimento das pessoas (9%) e a vontade política da gestão e dos gestores (8%).

Quadro 49 – QUESTÃO 15: Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades para a Sec. de Saúde desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS?

CATEGORIAS	%
Qualificação técnica	20
Comprometimento das pessoas	9
Vontade política	8
Apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde	7
Descentralização e regionalização	7
Inovação cultura institucional	6
Reestruturação física e organizacional	6
Pacto pela Saúde	5
Desenvolvimento de metodologias de M&A	4
Oficinas regionais c/ análise de situação	4
Articulação c/ COSEMS	3
Conselho Estadual de Saúde atuante	2
Comissão Intergestores Bipartite atuante	2
Disponibilidade de ferramentas e instrumentos	2
PlanejaSUS	2
Equipes matriciais	2
Articulação com o planejamento	2
Colegiados gestores	2
Contratação de gestores	2
Estruturação da área técnica de M&A	2
Integração dos instrumentos de gestão	2
Pessoal efetivo	2

Quando perguntado sobre a identificação e monitoramento de fontes de captação de recursos de investimentos, pouco mais da metade dos respondentes assinalaram categoricamente que o governo do estado ou Secretaria de Saúde possuía estratégia ou modalidade organizativa para este fim (n=13). Outros sete estados responderam que existem pessoas que fazem este trabalho, porém não de forma regular.

Quadro 50 – QUESTÃO 16: O governo estadual ou a Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação e monitoramento de fontes e captação de recursos de investimentos?

RESPOSTAS	N	%
Sim	13	56.52
Ainda não	2	8.70
Em termos, existem pessoas que fazem este trabalho, mas não de forma regular	7	30.43
Não sei	1	4.35
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

A maioria expressiva respondentes afirmou categoricamente que a Secretaria Estadual de Saúde possui alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população (n=16).



Quadro 51 – QUESTÃO 17: A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?

RESPOSTAS	N	%
Sim	16	69.57
Não	2	8.70
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	5	21.74
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

No caso das SES, em consonância com as respostas das SMS, observa-se também uma preponderância dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) mais antigos e consolidados (SIM, SINASC, SIS-PNI, SIA, SIH). Ressalta-se ainda que o Sistema de Orçamento (SIOPS) possui expressividade menor quando comparado aos SIS citados.

Quadro 52 – QUESTÃO 18: Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Secretaria de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento local e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais?

RESPOSTAS	N	%
Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)	21	91.30
Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)	21	91.30
Sistemas de Informações de Atenção Básica (SIAB)	19	82.61
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)	20	86.96
Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)	21	91.30
Sistema de Informações de Gerenciamento de Informações Locais (GIL)	4	17.39
Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)	19	82.61
Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB)	4	17.39
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	19	82.61
Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)	16	69.57
Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS (SGIF)	4	17.39
Sistema de Centrais de Regulação (SISREG)	12	52.17
Outros Sistemas de Informação federais não listados acima	6	26.09
Outros Sistemas de Informação estaduais	13	56.52
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

A maioria expressiva dos respondentes afirmou categoricamente que a SES produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica (n=18).

Quadro 53 – QUESTÃO 19: A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?

RESPOSTAS	N	%
Sim	18	78.26
Não	2	8.70
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	3	13.04
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Somente menos de 1/3 dos respondentes afirmaram categoricamente que a SES possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os serviços de Atenção Básica à Saúde do seu estado (n=7).

Quadro 54 – QUESTÃO 20: A SES possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os serviços de Atenção Básica à Saúde do estado?

RESPOSTAS	N	%
Sim	7	30.43
Não	7	30.43
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	4	17.39
Não sei	2	8.70
Prefiro não responder	3	13.04
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

No caso de informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades, somente pouco mais de 1/3 dos respondentes das SES assinalaram categoricamente que SIM (n=8). Destaca-se aqui também o numero acima do esperado de SES que responderam “Prefiro não responder” (n=3).

Quadro 55 – QUESTÃO 21. A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?

RESPOSTAS	N	%
Sim	8	34.78
Não	5	21.74
Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas	5	21.74
Não sei	2	8.70
Prefiro não responder	3	13.04
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Quando perguntado se a Secretaria Estadual de Saúde adota e/ou utiliza algum sistema, programa ou protocolo para controle de custos, menos da metade dos respondentes assinalaram categoricamente que SIM (n=9). Evidenciando que a maioria das SES não possui uma sistemática para controle e redução de gastos e de desperdícios.

Quadro 56 – QUESTÃO 22: A SES adota e/ou utiliza algum sistema, programa ou protocolo para controle de custos (controle e redução de gastos, de desperdícios etc.)?

RESPOSTAS	N	%
Sim	9	39.13
Não	11	47.83
Em termos	3	13.04
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Em se tratando do manejo de situações de crise, menos da metade dos respondentes afirmaram categoricamente que o governo de estado possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para tais situações (n=11). Além disto, pouco menos da metade afirmaram que existem pessoas treinadas para atuarem em situações de crise, todavia, não se trata de um gabinete de crise (n=10). No entanto, a porcentagem de respostas categóricas SIM nos estados ainda foi aproximadamente 3 vezes maior do que nos municípios.

Quadro 57 – QUESTÃO 23: O Governo do Estado possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?

RESPOSTAS	N	%
Sim	11	47.83
Não	1	4.35
Em termos, não se trata de um gabinete de crise, mas existem pessoas treinadas para atuar em situações de crise	10	43.48
Prefiro não responder	1	4.35
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

A maioria expressiva dos respondentes assinalou, que na SES, há uma sistemática de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente.

Quadro 58 – QUESTÃO 24: Na SES é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente.

RESPOSTAS	N	%
Sim	17	73.91
Não	2	8.70
Em termos, de forma improvisada e assistemática	4	17.39
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Pouco mais da metade dos respondentes aludiram categoricamente que a SES utiliza no Plano Estadual de Saúde, indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde (n=13). Considera-se um percentual pequeno, tendo em vista a importância das Conferências de Saúde no âmbito do SUS.

Quadro 59 – QUESTÃO 25: No último Plano Estadual de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Estadual de Saúde?

RESPOSTAS	N	%
Sim	13	56.52
Não constam	5	21.74
Em termos (constam informações mas não indicadores)	5	21.74
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Já no caso do monitoramento do Plano Estadual de Saúde a partir do Relatório de Gestão, a maioria expressiva dos respondentes assinalou que neste último constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no primeiro (n=17). Outros 4 estados responderam que constam informações, mas estas não se configuram enquanto indicadores de gestão.

Quadro 60 – QUESTÃO 26: No último Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Estadual de Saúde” vigente?

RESPOSTAS	N	%
Sim	17	73.91
Não constam	2	8.70
Em termos (constam informações, mas não indicadores)	4	17.39
Fichas Preenchidas	23	95.83
Não responderam	1	4.17

Quando questionado sobre o Relatório de Gestão, a maioria das conotações advindas dos questionários refere à utilidade destes instrumentos de gestão (71,7%).

Destacando-se estas conotações para a alusão “ÚTIL”: M&A institucional, gestão financeira, planejamento, controle social, consolidação de atividades. Por outro lado, houve 14% das conotações para a alusão “INÚTIL”: somente simbólicos, ritualísticos em função da exigência normativa, cultura institucional adversa.

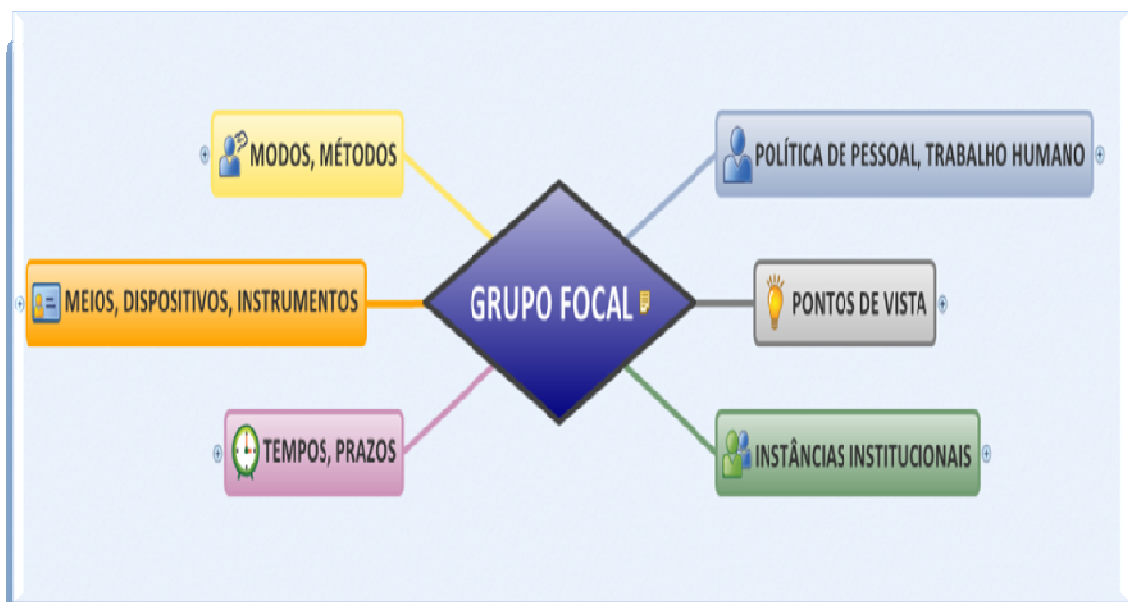
#### 4.2.2 Grupo focal com dirigentes de Secretarias Estaduais de Saúde

Após a transcrição literal da gravação de discursos e discussões do Grupo focal, numa primeira leitura, de caráter mais fenomenológico, foram identificados e dispostos *corpora* e sintagmas analíticos, cuja denominação preliminar foi posteriormente recomposta em categorias significativas mais abrangentes. Tais categorias expressam conteúdos temáticos alusivos aos processos e práticas de monitoramento e/ou avaliação sistemática da gestão governamental em Saúde.

De início, a tematização primordial refere-se às concepções, interpretações, explicações, entendimentos e dúvidas acerca dos processos e práticas de monitoramento da gestão governamental no âmbito das SES. Trata-se de discursos teóricos, com intenção de justificar ações cognitivas ou proferimentos de constatação lógica e de natureza normativa, regulatória; mas também, de discursos práticos, que buscam comprovar tais proferimentos regulativos, em razão de sua aplicabilidade no mundo real, nas relações cotidianas:

Foi construído um mapa de significados, constando categorias centrais e periféricas dispostas e organizadas em galhos e ramificações diversas. As grandes categorias temáticas estão dispostas na figura abaixo.

Figura 3 – Categorias temáticas centrais da análise dos discursos provenientes do grupo focal com dirigentes governamentais de SES



## PONTOS DE VISTA

### Propósitos do Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde

Inicialmente foram descritas e analisadas *opiniões, concepções, razões e propósitos* do M&A da gestão governamental em SES, que se configuram enquanto *pontos de vista* emitidos e discutidos pelos participantes do Grupo focal acerca da temática em questão. Além disto, foram elencadas algumas propostas que surgiram com objetivo de incrementar e qualificar processos e práticas de M&A da gestão no SUS.

Tratar de propósitos para o M&A é refletir sobre as razões de sua existência. Isto remete a dois questionamentos primordiais: Porque avaliar e monitorar a gestão governamental em Saúde? Para que serve mesmo o M&A da gestão governamental no SUS?

Alguns assuntos abordados no Grupo focal convergiram com os questionamentos acima. Com base nos discursos e discussões deste grupo, fica patente o M&A visa o *incremento na qualidade* dos serviços e da gestão governamental em Saúde, favorecendo uma atenção a Saúde resolutiva, de melhor qualidade e que responda a demandas e necessidades da população. Foi citado que o M&A pode servir de *apoio à tomada de decisões governamentais*, enquanto subsídio técnico para decisões políticas. O controle público, que no SUS se convencionou chamar de *controle social*, também pode ser potencializado com informações precisas para o exercício de suas atribuições. Outros propósitos podem ser extraídos das discussões do grupo, tais como: *o incremento da gestão financeira; a melhora do desempenho dos servidores públicos e; o apoio as pactuações e atividades das Comissões Intergestores Bipartites (CIB)*. Também é realizado por alguns estados o *monitoramento de metas* pactuadas entre instituições, permitindo o estabelecimento de penalizações e premiações institucionais, e, em menor grau, penalizações individuais.

“[...] Mas apoiando inclusive a refletir acerca de obstáculos, dificuldades, facilidades e que pudessem no feedback alimentar o próprio colegiado de como está e o andamento dessa questão”. (Recorte discursivo 1)

“[...]E sem dúvida nenhuma, uma política de gestão estratégica participativa articulando essa iniciativa do monitoramento e avaliação no componente da gestão participativa e no caso específico do estado da Bahia que sai de um conjunto de governos de uma linha para uma nova forma, né? de lidar com o controle social, isso potencializa do controle social sobre a gestão” (Recorte discursivo 2)

### **Concepções acerca do Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Uma questão primordial refere-se às definições sobre o que seria monitoramento de gestão em Saúde, ou mais especificamente, as eventuais distinções entre práticas e processos correlatos para com aqueles típicos de avaliação *stricto sensu*. Os participantes deste Grupo focal, dirigentes implicados em tais processos e práticas, revelam dificuldades para estabelecer definições mais precisas e, principalmente, para estabelecer consensos acerca destas definições. Esta é uma questão proeminente nestes discursos e traz a tona uma *confusão babilônica* entre conceitos logísticos, definições, linguagens e jargões utilizados pelos especialistas e técnicos de M&A no SUS. Notadamente, confusão entre termos como:

avaliação, monitoramento, controle, auditoria, acompanhamento, diagnóstico. Os próprios participantes do Grupo focal, por vezes utilizam estes conceitos de modo indistinto.

“[...] Eu estou tendo o cuidado de falar acompanhamento pra não dizer monitoramento embora tenha os mesmos termos, né? Vigilância, não tenho dúvida de que existe um processo, uma sistemática aí sim um monitoramento, né?” (Recorte discursivo 3)

“[...]Não monitora e só avalia... Tá confundindo controle e avaliação com monitoramento e avaliação? É só uma dúvida...” (Recorte discursivo 4)

“Mas, é uma coisa que confunde. A gente tem lá uma gerência que é uma gerência de controle e avaliação e aí tudo que fala da avaliação eu às vezes questiono – escuta, mas isso aí não é a gerência do controle e avaliação e não devia ta fazendo?” (Recorte discursivo 5)

“Então, é isso que eu digo, acaba ficando muito misturado. A gente tem ainda uma dificuldade de discernir essas coisas de maneira clara, entendeu. Aí esse controle e avaliação têm a ver com auditoria? Têm, eles devem usar os resultados daquilo pra, mas é tudo muito assim muito imbricado, entenderam, eles tem uma dificuldade ainda de ter essa clareza”. (Recorte discursivo 6)

Há uma dificuldade explícita na definição e discernimento entre o que seriam *indicadores de gestão*, propriamente ditos. Valoriza-se a utilização de indicadores de recursos e de resultados no M&A da gestão do SUS. No entanto, constata-se que seria necessária uma especificação sobre quais indicadores poderiam ser utilizados de forma mais adequada para a gestão de processos.

“Não, vigilância tudo bem, eu estou falando é gestão mesmo, né? gestão mesmo, indicador de gestão pra mim é um ó crítico, né? do processo de monitoramento e avaliação da gestão. O que é indicador de gestão, que resposta eu estou querendo, né? qual é o produto final disso aqui.” (Recorte discursivo 7)

A problemática referente à definição de *funções primordiais das SES* foi bastante abordada nos discursos. Pelo menos entre os participantes do Grupo Focal, existe uma maior concordância de que as SES deveriam cada vez mais se especializar em processos e práticas de regulação e apoio técnico aos municípios. Assim sendo, a ênfase se daria no desenvolvimento e exercício destas duas funções e não na prestação direta de serviços de Saúde. No caso, especificamente, de duas SES, a FEDP assume a função executora de prestação de serviços de Saúde em âmbito estadual. Fato este que foi objeto de debates no Grupo focal acerca da existência, sistemática e periodicidade do M&A destas FEDP.

“[...] Então acho que de lá pra cá ele não recuperou totalmente qual é a sua responsabilidade enquanto uma política de macro função, ela tem que ser regulatória, né? ela tem que ser se cooperação técnica, cooperação financeira, ela tem que ser de monitoramento e avaliação mais do que nunca regular, mais do que nunca o estado tem que saber controlar, monitorar, regular, avaliar, auditar mais do que nunca e muitos estados como o meu, por exemplo, a gente ainda executa em

dezenove hospitais, é muito peso, então o estado tem que parar com essa função de ser executora, né? “(Recorte discursivo 8)

“[...]O caminho que Sergipe escolheu pra resolver uma parcela desse problema que a colega e que acho que é um problema do Brasil todo, nós lá criamos o conceito de separação das funções e a Bahia também tá nessa mesma linha e a gente copiou isso e criou a roda e a gente foi pegar esse conceito na Espanha. O nosso secretário do estado da Saúde na época foi fazer uma visita à Espanha junto com a delegacia do ministério e achou interessante lá um acúmulo de experiências que eles tinham de vinte anos na Espanha, da Catalunha, os consórcios e tal e ele achou muito interessante essa experiência de separação de funções, só que o sistema federativo, a arrumação república na Espanha é um pouco diferente da nossa, na verdade lá eles só tem dois entes e quando ele veio tentar trazer isso pro Brasil aí deu um problema grande e disse aqui tem três entes, o município que é um ente e na Espanha só tem dois, o estado e a união, não tem município lá, aí ele disse, então dependendo da proposta do modelo gerencial e o que mais se aproximava de fazer essa separação de funções e o estado deixar de tá sobrecarregado com os serviços foi a criação das fundações estatais de direito privado... da gente simular todos os serviços e falou em serviço a secretaria de estado não mexe mais, foi serviço está nas fundações e a secretaria agora só fica com a condução da política e vai monitorar e acompanhar as fundações, então tudo de serviço a gente tentou resolver lá com as famílias. Já tem resultado isso? Não, as fundações lá têm um ano, dois anos de criada” (Recorte discursivo 9).

### **Opiniões sobre o Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Os participantes do grupo emitiram opiniões em geral correlacionadas a problemas e dificuldades atinentes aos processos e práticas de M&A da gestão governamental em Saúde.

No âmbito dos municípios, a visão é que há um *desinteresse dos municípios*, expressado pela falta iniciativa de muitos gestores e técnicos de SMS em organizar processos e práticas de M&A da gestão governamental. Já âmbito estadual, como informação é poder de natureza predominantemente técnica, determinados setores de algumas SES não abrem mão do *monopólio de informações* disponíveis. O que torna o M&A cada vez mais centralizado. Ao mesmo tempo, constata-se *fragmentação* e dispersão de atividades de M&A entre vários segmentos de SES. Crítica-se também a excessiva *modificação no conjunto de indicadores pactuados nacionalmente*. Haja vista a dificuldade no acompanhamento das series históricas dos indicadores.

Por fim, foi consenso entre todos, que os processos e práticas de M&A encontram-se ainda em fase *incipiente* de organização, requerendo mais investimentos e esforços de consolidação.

“[...] Como é que o Ministério da Saúde começa a inventar indicadores que não tem nem sistemas e a cada ano muda o indicador e não tem uma série histórica pra de fato você ver se aquele indicador teve mudança ou alteração no processo de monitoramento e avaliação”. (Recorte discursivo 10)



“Considerando a nossa realidade, uma avaliação que a gente faz até de certo modo muito pé no chão, é que processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão, considerando a realidade na qual eu estou inserido ainda são bastante incipientes”. (Recorte discursivo 11)

“[...] E essa informação de um jeito ou de outro acaba circulando, talvez não tanto com a agilidade que nós gostaríamos que tivesse, aí vem os limites e a própria cultura das instituições, né? da instituição especificamente, né? e por isso que eu acho que o processo é um processo muito incipiente de institucionalização, eu acho, porque depende do modo operante da instituição de romper com a sistemáticas cristalizadas, né? e inclusive do ponto de vista da organização em si e se ver fragmentado, né? Muitas vezes.” (Recorte discursivo 12)

## **Propostas para o Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Em meio às discussões e constatação de problemas e dificuldades, surgiram várias propostas para melhor qualificação de processos e práticas de M&A da gestão governamental no SUS, sendo algumas destas mais correlacionadas às SES. Destacando-se:

a) Estabelecer consensos técnicos sobre conceituações e terminologias. Ou seja, necessidade de consensos técnicos e de aproximação de linguagem conceitual. Para tanto, alguém chega a propor a publicação de uma espécie de dicionário, com uma melhor definição de conceitos logísticos consensuados tecnicamente e aplicáveis aos processos e práticas de M&A em Saúde, de modo a facilitar a apropriação, interlocução e trabalho conjunto entre aqueles que lidam com estas questões.

Proposta de um glossário de definições e terminologias:

“[...]E aí tem o bendito do glossário, porque se você vai pra Inglaterra é uma coisa, se vai pra França é outra coisa e nós, qual é o nosso glossário? Como é que a gente vai se comunicar pra não se confundir, né? A gente precisa ter,...minimamente, isso pode parecer uma alimentação cognitiva, mas eu assumo a minha alimentação cognitiva e entendo que a gente precisa se comunicar melhor inclusive do ponto de vista dos conceitos, né?” (Recorte discursivo 13)

- b) Estabelecer maior perenidade para os indicadores pactuados;
- c) Mais investimentos na qualificação de pessoal especializado;
- d) Efetivar unidades de processamento e síntese de informações;
- e) Efetivar colegiados técnicos de coordenação para M&A;
- f) Definir mais claramente indicadores de gestão;
- g) Capacitar mais e melhor os profissionais de M&A;
- h) Incrementar a integração entre Sistemas de Informação em Saúde;
- i) Incrementar a função reguladora e apoiadora das SES;

- j) Incrementar o financiamento do bloco de Gestão (Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão);
- k) Abrir concursos públicos e estabelecer PCCS com a área M&A.

## **POLÍTICA DE PESSOAL, TRABALHO HUMANO EM MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE**

Foram bastante recorrentes e significativos os discursos e discussões alusivas ao trabalho humano e a uma política de pessoal.

### **Vantagens do Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Houve referencia ao trabalho de M&A e suas possíveis vantagens para gestão governamental em Saúde, seja ele realizado de *modo especializado e centralizado* ou enfocando em *coordenação com apoio matricial* a outros setores da instituição.

### **Dificuldades, problemas e necessidades do Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Os participantes emitiram diversas opiniões que traziam dificuldades, problemas e necessidades concernentes a estas questões, com ênfase para as implicações nos processos e práticas de M&A em Saúde. Houve referencia também ao trabalho de M&A e suas possíveis vantagens para gestão governamental em Saúde, seja ele realizado de modo especializado ou enfocando em coordenação com apoio matricial a outros setores da instituição.

A *cultura institucional adversa* foi constatada como limitação para o desenvolvimento de práticas de monitoramento na gestão governamental do SUS. Sendo correlacionada a categoria de *fragmentação*, no que tange a fragmentação e dispersão de atividades de gestão entre vários segmentos de SES. Como também, ao exemplo de fragmentação do próprio MS, que pode influenciar e se disseminar pelos estados e municípios.

“[...] Mas a gente sempre esbarra numa cultura organizacional que não responde muito bem a esse tipo de prática.” (Recorte discursivo 14)

“[...]Na verdade a gente fazia a fragmentação que o próprio Ministério traz na sua prática, então isso influencia bastante tanto nos estados e conseqüentemente vai influenciar nos municípios também, e a partir de dois mil e quatro que a gente começou a entender o processo interno um pouco melhor e as áreas começaram a se integrar mais, a gente repensou na nossa prática de organização e que poderiam vir as coisas fragmentadas, mas que nós iríamos tentar organizar de uma tal maneira estrategicamente que não ficasse tão fragmentado, né? que nem a gente viu, em dois mil e quatro percebemos que a vigilância fazia o seu monitoramento do jeito que a Secretaria de Vigilância em Saúde por si definia, a atenção primária fazia a sua área de monitoramento como era colocado, aí tinha uma coisa assim de apêndice a Portaria 548 que estabelecia os quadros de metas, mas ninguém era responsável.” (Recorte discursivo 15)

Evidenciou-se nos discursos que as dificuldades *de comunicação intra-institucional* acabam se configurando enquanto causa e, ao mesmo tempo, decorrência da cultura institucional adversa e da fragmentação de iniciativas e processos de trabalho de M&A em vários segmentos da gestão. Em conseqüência, tal unilateralidade pode, inclusive, dificultar o desenvolvimento e a incorporação de inovações tecnológicas de M&A no SUS.

“[...] E trazer as pessoas pra esse contexto e ir construindo os nossos próprios instrumentos e permitir uma comunicação melhor dentro da secretaria e que diga-se de passagem eu acho que é o grande mal, né? A gente se comunica mal, por mais que a gente tenha ferramentas às vezes ela não é comunicada adequadamente e esse é o grande desafio, é fazer com que as pessoas entendam o que é a gente ta querendo com essa questão aí do monitoramento e avaliação”. (Recorte discursivo 16)

Outra questão bastante significativa foi à *insuficiência de pessoal*, tanto em termos de quantidade, como no tocante à capacidade técnica e qualificação específica para o trabalho de M&A. Advoga-se, no grupo, um reforço na contratação e capacitação de pessoal para o trabalho em M&A

“Não temos pessoal nem pra área de planejamento, a gente tem uma pessoa do município pra fazer o planejamento e quanto mais avaliação”. (Recorte discursivo 17)

“[...] Então eu acho que existe uma defasagem enorme assim e que enquanto nós não tivermos pessoal capacitado nesta área específica pra trabalhar com monitoramento e avaliação fica muito difícil institucionalizar, porque a gente tem que descentralizar essa conhecimento pra poder ter equipes trabalhando de forma, né? uma equipe descentralizada não consegue dá conta disso, então pra mim o ponto fundamental é a falta de profissionais capacitados, né? com conhecimento pra trabalhar nessa área que eu acho que não é uma área fácil, não é simples”. (Recorte discursivo 18)

No entanto, foi constatado no caso de um estado, que a maior parte do pessoal do corpo dirigente implicado em processos e práticas M&A, advém de indicações para cargos comissionados, quando o ideal seria a definição e efetivação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) com ênfase na área de gestão e M&A. Além disto, no caso em questão, o preenchimento de cargos via concurso público tem contemplado mais a chamada

“ponta” do sistema, ou seja, os serviços de assistência a Saúde.

“[...] Colocou pra gente como vocês fizeram tantos processos aqui e que eles viram avaliação dois mil e seis pra dois mil e oito com um contingente tão restrito de recursos humanos e de lá pra cá ficou mais restrito ainda porque não sei se vocês viram na mídia o estado de Tocantins está com muito mais cargo comissionado do que cargo efetivo e aí o secretário não se deixou contratar pra área do STJ e agora estamos com vários concursos aí que não foram chamados as pessoas e são mais pra execução de novo, o concurso de novo jogou pra execução e quase um ano pra cá praticamente...” (Recorte discursivo 19)

“Melhorar, além da capacitação eu acho que é ter esse plano de cargo e ter esse pessoal lotado nas secretarias e não tem, acho muito difícil. Enquanto a questão dos recursos humanos não for vista como parte fundamental do sistema único de Saúde, não tem monitoramento, não tem avaliação, não tem acompanhamento que vá dá certo, porque falta gente pra trabalhar, falta gente com capacidade técnica. Eu vejo que fundamentalmente esta presa aí. Há gente que discorda, mas pelo o que eu conheço da realidade dos municípios falta pessoal”. (Recorte discursivo 20)

A inexistência de PCCS, de um modo geral e, também, de um modo específico para a área M&A, dificulta sobremaneira a consolidação de uma cultura institucional proativa. Haja vista, a resistência e a alta rotatividade de profissionais de Saúde, tornando ainda maior a defasagem de pessoal nesta área.

“Não só a gestora. Quando você acaba de capacitar a pessoa que ta lá ela sai, porque ela não tem um plano de cargos que segura ela pega e se oferecer maior salário lá ela vai embora e vai mesmo”. (Recorte discursivo 21)

A *avaliação de desempenho do servidor* tem sido pouco explorada em processos e práticas de M&A nas SES, exceto em períodos de estágios probatórios. Algo, portanto extremamente paradoxal, se for levado em conta que o M&A teve como um dos seus propósitos a melhora do desempenho do servidor. Pois, como não há monitoramento de desempenho, também quase não existe política de premiação por desempenho com incentivos financeiros, que poderia servir de fator de estímulo para um maior comprometimento com o trabalho nos serviços de Saúde e em atividades de M&A nas SES.

“- Avaliação de desempenho do servidor não tem, não temos. Eu também acho que não tem, eu desconheço isso aí.  
- A nossa é anual.  
- Tem só avaliação do trabalho sim, das atividades desenvolvidas trimestralmente há uma reunião de diretoria, da secretária com todos os diretores e todos os coordenadores e todas as gerências sentam todos pra avaliar trimestralmente.  
- É no nosso lá a avaliação de desempenho do servidor ela é para o servidor em estágio probatório e só ele tem. Depois que ele sai do estágio probatório não tem nenhuma avaliação assim sistemática, né?...” (Recorte discursivo 22)

Há exceções nos estados de Bahia e Sergipe, especialmente no âmbito das Fundações Estatais de Direito Privado - FEDP. No primeiro a avaliação de desempenho

relaciona-se a uma política de gestão do trabalho e educação permanente, havendo a iniciativa em curso de aproximar a avaliação de desempenho individual da avaliação institucional de gestão. Já em Sergipe existem penalizações, se as metas pactuadas em contrato de gestão não são atingidas, a diretoria da FEDP pode ser inclusive demitida. Por outro lado, o pagamento do décimo quarto salário é o incentivo financeiro estabelecido anualmente.

“[...] Porque existe a avaliação de desempenho individual, esta avaliação é feita com base em critérios estabelecidos pela política gestão de trabalho e educação permanente e agora estamos aproximando esta proposta de avaliação de desempenho melhor à avaliação institucional que é o que alimenta mensalmente por meios dos indicadores estabelecidos pro colegiado e trimestralmente se converte no que a gente denomina relatório de prestação de contas consolidado, que é obrigatório e quem apresenta é o gestor, ele não delega isso a ninguém, né?” (Recorte discursivo 23)

- Em Sergipe com relação a ...de recursos humanos a gente não tem muito o que avançar não. A fundação tá lá prevista no seu contrato estatal com uma política nesse sentido de incentivo, nas metas lá determinadas há um incentivo financeiro anual de bateu a meta todos recebem um incentivo financeiro, um décimo quarto salário, também se não bater inclusive toda direção é demitida.

- Da fundação?

- Da fundação, a direção é demitida, não bateu as metas, a punição é demitir todo mundo e tá lá isso previsto e em seguida assinado e pactuado, bateu a meta tem um décimo quarto salário e tem lá umas cláusulas proporcionais e etc e tal.” (Recorte discursivo 23)

Por fim, foi aludida uma *insuficiência na formação de graduação para processos e atividades de M&A*. Pois, constata-se que os cursos de graduação não discutem a temática de M&A da gestão governamental em Saúde e, conseqüentemente, não preparam adequadamente os profissionais para atuar com atividades desta natureza.

“[...] O que é dentro do sistema único monitorar e avaliar, o Brasil não tem essa formação, nenhum de nós na faculdade fez um monitoramento e avaliação, fez monitoramento e avaliação especificamente, por exemplo, eu sou bióloga, né? eu fiz o monitoramento e avaliação do meio ambiente, da parte de zootecnia, né? mas não é pra gestão, né? então a nossa formação já não traz isso e isso já é falado de muita avaliação... (Recorte discursivo 24)

## **INSTÂNCIAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE**

As instancias institucionais são os espaços, cenários e referencias onde se dão os processos e práticas de monitoramento da gestão governamental em Saúde. Portanto, contempla principalmente instancias de direção, controle e pactuação do SUS, além de referencias e o próprio processo de formalização destes espaços.

## Institucionalização

No contexto discursivo grupal, “institucionalização” significa a formalização de espaços, processos e cargos com prerrogativas e funções específicas de monitoramento e avaliação (setores, departamentos etc.). Vale ressaltar que este tema gerou polêmica no Grupo focal, alimentada por concepções distintas evidenciadas em dois posicionamentos, especialização ou coordenação. De um lado, a posição de que não se deve “institucionalizar” um espaço ou segmento específicos e especializados de M&A, mas sim, organizar uma instância, um Colegiado de Coordenação ou Grupo de Trabalho, que possa atuar de modo transversal, nucleando os diversos processos e práticas de M&A no âmbito das SES. De outro lado, a posição de que é necessária a “institucionalização” de um segmento, que possa concentrar esforços e atividades para este fim, inclusive com a caracterização de um PCCS que permita a consolidação e progressão de carreira nesta área.

“[...] Nós temos uma situação impar, primeiro que lá essa gestão a gente tem um entendimento de não fazer, a gente não criou um departamento, um setor de monitoramento e avaliação específica, não existe lá no organograma da secretaria um departamento de monitoramento e avaliação. Na reforma sanitária e gerencial do sistema único de Saúde que nós estamos desenvolvendo lá ficou acordado que cada setor fazia o seu monitoramento e avaliação e depois disso a gente juntaria e depois reuniria essas informações ao termino da gestão, esse foi o primeiro ponto”. (Recorte discursivo 25)

“Lá não tem assim a gente não tem um setor que trate o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, lá cada setor, atenção primária faz o seu monitoramento e avaliação, atenção especializada faz o seu monitoramento e avaliação e assim sucessivamente, de forma que depois o diretor do planejamento reúne as informações e colocam no relatório de gestão, então nesse sentido nós, primeiro que é setorizado e não tem um grupo fazendo isso, trabalhando isso oito horas por dia não, cada setor ao termino das suas atividades anuais ou semestrais fazem isso e passa pro diretor do planejamento no qual vai colocar no relatório de gestão, isso é um ponto, é setorizado”. (Recorte discursivo 26)

“Mato Grosso do Sul optou por ter dentro do planejamento um setor, um núcleo, uma coordenação que cuida disso, que eu vejo que antes era feito assim cada setor fazia o seu acompanhamento e sua avaliação e acabava-se perdendo e as informações não chegava no setor pra isso se tornar material pra tomada de decisão do gestor, por exemplo, quando precisava tinha que sair correndo e procurar as áreas e era uma coisa muito cansativa daí porque optou-se por criar esse setor que vai buscar, eu acho que facilita tendo esse setor próprio que cuida disso e lá não cuida só disso evidentemente porque nós temos a deficiência de pessoal, né? “(Recorte discursivo 27)

“Quando eu falo assim que se ficar cada um no seu quadrado, vamos dizer assim, cada um no seu quadrado monitora, avalia não corre o risco de haver uma quebra e se cada um não sai do seu quadradinho pra sentar e ver a avaliação do outro e como isso está se cruzando e não vá prejudicar essa avaliação e esse monitoramento? Que eu vejo isso, entendeu?”. (Recorte discursivo 28)

## **Pacto pela Saúde**

O Pacto pela Saúde é apontado como uma referencia e parâmetro importante para o trabalho de M&A da gestão governamental em Saúde. Além de ser mencionado como desafio, no aspecto de se definir e garantir financiamento adequado para o M&A, a partir do bloco de financiamento de Gestão. Mesmo assim, houve quem afirmasse que os indicadores do Pacto pela Saúde não tem base e a informação advinda do seu monitoramento é pouco contextualizada.

“Vamos rever, vamos trazer esse pacto como sendo grande dispositivo porque a gente elimina algumas tensões e não vai ser política A, B ou C, é o pacto de gestão que ta trazendo todo esse processo pra dentro de si né num amplo processo de revisão e aí eu acho que a gente vai ter mais forças e se o gestor municipal, se o gestor estadual assumir isso como bandeira né, a gente vai ganhar e aí sim a gente vai começar a fazer o monitoramento e avaliação de gestão lógico e adequado ao sistema único de Saúde...” (Recorte discursivo 29)

## **Instâncias das SES com funções de Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Foram citadas algumas instâncias que exercem a função de monitoramento da gestão nas próprias SES. De modo inequívoco, o *setor de planejamento* é o segmento que mais está vinculado com coordenação e agregação dos processos e práticas de M&A. Entretanto, não fica claro sobre como são efetivadas as conexões entre os processos de planejamento e M&A. Talvez porque a maior parte dos segmentos de planejamento, monitoram e avaliam mais os processos e práticas de gestão do que propriamente o planejamento institucional.

“[...] Aí em dois mil e sete os municípios assumiram o pacto todo, cem por cento assinaram o pacto, que é mais uma responsabilidade pros gestores estadual está monitorando e acompanhando e depois com o sistema de planejamento já atuando, né? com setor criado, inclusive nós temos lá um setor monitoramento e avaliação da gestão e dentro da coordenação de planejamento e os técnicos desse setor que trabalha foi criado um grupo de trabalho que lá eles optaram por chamar de equipe matricial e essa equipe tem um representante de cada área até pra poder fazer essa intersetorialidade que não existia, né?” (Recorte discursivo 30)

“Lá não tem assim a gente não tem um setor que trate o monitoramento e avaliação da gestão do SUS, lá cada setor, atenção primária faz o seu monitoramento e avaliação, atenção especializada faz o seu monitoramento e avaliação e assim sucessivamente, de forma que depois o diretor do planejamento reúne as informações e colocam no relatório de gestão...” (Recorte discursivo 31)

Além do setor de planejamento, outras instâncias foram citadas. Uma *gerência de controle e avaliação* enfatizando o M&A da gestão financeira e a auditoria com ênfase nos relatórios de gestão. Como também, um *colegiado técnico*, no caso específico das SES que não operam com segmentos específicos e vocacionadas para o M&A.

### **M&A dos e nos municípios**

Em se tratando dos municípios, há um juízo de que processos e práticas de M&A em Saúde são *incipientes*, tal qual afirmado no caso dos estados. Evidencia-se no discurso dos dirigentes estaduais que parte das SMS restringe-se a fazer *avaliação sistemática das ações básicas*, notadamente a partir do método Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). No entanto, cabe ressaltar que não se trata efetivamente de um monitoramento da gestão governamental em Saúde.

“E o SIAB que é uma forma de monitorar se fez, se não fez e tal, alimentou o sistema, alimenta o sistema, mas não sei se o município faz alguma coisa com aquilo ali, se ele utiliza aquele dado ou se ele dá um feedback e aí quem controla isso se a gente falar em acompanhamento, quem faz esse acompanhamento acaba sendo o estado pra ver quem fez, quem não fez, né? então assim, não sei se eles alimentam, mas não sei se eles utilizam aquele dado pra alguma acompanhamento, algum monitoramento. Se existe, pode ser até que exista, entendeu e a gente não tenha esse conhecimento, mas existe algum monitoramento ou avaliação sistemático de município eu desconheço, não tenho conhecimento sobre isso, talvez até tenha algum que não se divulgue que não pode existir, mas eu desconheço sim, como sistemática de acompanhamento, de avaliação eu desconheço”. (Recorte discursivo 32)

“[...] Então o que eu posso dizer de monitoramento e avaliação, que aquele município que aderiu a AMQ e como ele só tem a atenção primária ele faz tanto de atenção primária quanto também da combinação das ações de vigilância em Saúde e isso complementa o pacto pela Saúde, porque antes os indicadores de vigilância a Saúde era também indicador e hoje é uma programação e essa programação ta linkada aos indicadores do pacto pela vida e pacto de gestão, né? então eu vejo que os municípios pequenos como você mesmo colocou que vê a sua realidade são os que mais fazem porque tem essa coisa pontual e é tão pequeno que ele faz e aquele que aderiu AMQ”. (Recorte discursivo 33)

### **Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde do Ministério da Saúde**

No caso do M&A do MS, critica-se, dentre outros aspectos, a *não atualização e o cumprimento insuficiente de suas programações em Saúde*. Existe, ainda, referencia de que o MS *privilegia financeiramente os investimentos e custeio de procedimentos de Média e Alta Complexidades* no SUS.



“Nós estamos cobrando dele o que ele não ta fazendo? Que isso reflete nos estados e municípios, né? porque exige muito de nós, mas o papel do nível federal como que fica? Vou dar um exemplo, era cobrado da gente desde noventa e seis os instrumentos de gestão dos municípios e estados, federal só vai ter plano de Saúde em dois mil e cinco que refletiu dois mil e quatro e dois mil e cinco, né? e cadê a programação anual do nível federal? Não tem, cadê a programação do nível federal? Não tem, tem o mais Saúde que de programação aquilo não é nada e não tem, e você pega o mais Saúde e cola no plano estadual é descolocado, pode ter pensado alguma coisa ali, mas ele é descolocada porque nas responsabilidades de organizar e aí a gente ver que o federal de alguma forma estimula a execução de hospital, né?  
“(Recorte discursivo 34)

### **Conselho de Estadual de Saúde/ Assembleia Legislativa/CIB**

O Conselho Estadual de Saúde e a Assembléia Legislativa são referidos somente como instâncias onde as SES realizam prestação de contas, respectivamente, com periodicidade trimestral e semestral. Tal prestação de contas enfoca os aspectos financeiros, com auxílio do M&A.

“A avaliação trimestral é feita pelo conselho, né? se a gente falar em termos financeiros isso é feito trimestralmente no conselho, né? que muitas vezes não sei se a apresentação demonstrativa financeira é tão bem entendida pelos conselhos, às vezes eles aprovam mais por uma dificuldade de entender, mas existe um controle, existe e é feito trimestralmente e também é feito na assembléia legislativa nas audiências e que eu acho que é semestralmente, também tem, também é feito”.  
(Recorte discursivo 35)

A CIB foi mencionada em contexto singular, um caso estadual, por autorizar a SES a não realizar convênios ou repassar recursos financeiros estaduais para municípios que não cumprirem plano de metas pactuado reciprocamente.

“A CIB definiu numa das suas determinações que os municípios que não entregassem seus relatórios de gestão, que eles ficariam sujeitos a não fechamento de convênio com o estado, então é uma forma de tu pressionar, né? “(Recorte discursivo 36)

### **MODOS, MÉTODOS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE**

Abaixo se segue uma análise sobre os modos como e pelos quais se desenvolve o trabalho de M&A da gestão governamental nos casos das SES discutidas pelos participantes do Grupo focal. Destacando-se os métodos, formas organizativas e inovações em M&A, além de der minadas situações que requerem um tipo específico de M&A da gestão.

O *planejamento* é o método e logística preponderante para agregação e continência de processos e práticas de M&A no âmbito das SES. Porém, conforme indicado anteriormente, quase nada foi referido acerca dos processos de planejamento, propriamente ditos.

As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESF/OPAS) são referidas constantemente e insistentemente, somente por um participante do Grupo focal, como a metodologia mais adequada para referenciar e alinhar os processos e práticas de M&A nas SES.

“É, mas eu penso que as funções essenciais em Saúde pública ele traz a tona os eixos estruturantes de uma gestão, seja ele estadual, municipal e até federal mesmo e acho que até o federal poderia se fazer uma auto-avaliação pra eles se auto-avaliar como...” (Recorte discursivo 37)

A chamada *Gestão da Qualidade* também foi citada insistentemente, por um participante do Grupo focal com especialização nesta matriz, como a metodologia mais adequada para referenciar e alinhar os processos e práticas de M&A nas SES. Observa-se, que embora esta matriz não seja predominante no âmbito das SES, é tomada como referencia por parte dos núcleos dirigentes de governos estaduais. Em outros termos, as SES participam de processos e práticas de estabelecimento e M&A desta metodologia, sob o comando ou coordenação de outros setores dos governos estaduais. Realiza-se ainda uma crítica, emanada de uma questão de concepção, acerca de eventual confusão sobre o que seria gestão da qualidade e acreditação.

“Eu implantei gestão de qualidade no Hemorio e a gente chegou a ganhar o Premio Nacional da Qualidade e aí a gente entra na secretaria até com a idéia, o governador quer implantar um programa de qualidade...” (Recorte discursivo 38)

“Embora eu tenha entrado pra implantar qualidade pra gestão com planejamento, com indicadores, ter uma medição de desempenho da gestão e isso tava descolado do planeja SUS totalmente e tava dentro da linha da fundação da qualidade, embora a gente tenha emanado do Ministério da Saúde e do próprio ministro Paulo Bernardo a determinação de que o ano passado era o ano da qualidade na Saúde e que não sei quantos municípios teriam que implantar a gestão de qualidade, na verdade o próprio Ministério da Saúde desconhece exatamente o que é a diferença entre gestão pela qualidade e o que é acreditação e confunde as duas coisas quando fala e faz o seu discurso”. (Recorte discursivo 39)

## **Formas organizativas de Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Para efeito de classificação, tendo em vistas as diversas particularidades, as formas organizativas relativas aos processos e práticas de M&A foram distinguidas em modalidades convencionais e determinados programas específicos.

No caso das *modalidades convencionais*, a vigilância epidemiológica é sempre referida como o segmento das SES onde os processos e práticas de M&A estão mais consolidados. Embora não se trate especificamente de indicadores de gestão governamental em Saúde. As finanças se destacam como outro segmento em que os processos e práticas de M&A estão mais consolidados, todavia, referido mais como iniciativa e sistemática extra-setorial, ou seja, originada e gerenciada em outros setores do governo estadual. Apesar disso, impera ainda a fragmentação e a desintegração dos processos e práticas M&A entre estes segmentos. Incluindo do mesmo modo a Atenção Básica.

Os *programas específicos* são bastante diversificados, dentre eles, a Gespública foi mais citado pelos participantes. Muitas SES implantaram e monitoram os dados referentes à Gespública, algumas estão operando nos ciclos iniciais e outra em ciclos mais adiantados.

“[...] E nós em dois mil e nove implantamos o Gespública e já estamos no segundo ciclo do Gespública, entrando no segundo ciclo, terminamos o primeiro e fomos certificados e eles dão aquele diplominha e foi a primeira secretaria de estado que conseguiu fechar o Gespública e ter o resultado, tem secretaria que até hoje tá em aberto e não conseguiu finalizar o processo da auto-avaliação da Gespública e até então a gente também monitorando os termos de gestão estadual, além disso a gente monitora os indicadores do pacto pela vida e pacto de gestão, né?” (Recorte discursivo 40)

Observa-se o incremento e expansão de programas de qualidade nas SES, com iniciativas de treinamento de profissionais de M&A. O PlanejaSUS também foi citado, de modo disperso e diverso, como uma referencia possível de potencialização do M&A. Porém, não foram relatados exemplos ou idéias de conexões mais consistentes ou substanciais. Há uma queixa de que o Planeja SUS e os programas de qualidade deveriam estar mais articulados e integrados.

“[...] Nós utilizamos inclusive nesse ano uma metodologia baseada nas diretrizes do planeja SUS, né? utilizando os graus um, dois e três que é análise, quer dizer, são três índices de estrutura, né? em termos de estrutura, o resultado da apuração dos indicadores, a análise de execução da programação física, orçamentária e financeira e as recomendações julgadas necessárias como revisão dos indicadores então, né?” (Recorte discursivo 41)

“[...] Bom, aí entrou o movimento do Planeja SUS se acoplando a isso e eu fico um pouquinho triste porque eu vejo que mesmo as pessoas que trabalham no Planeja SUS desconhece o movimento da qualidade e acho que são dois movimentos que tem que se acoplar...” (Recorte discursivo 42)

Mais uma vez o programa das Funções Essenciais de Saúde Pública é referendado, sendo valorizado por conta da sua simplicidade e característica de auto-aplicabilidade. Tal metodologia esteve associada à discussão e definição de macro-funções para as SES. Um programa de desburocratização da gestão também foi citado em uma SES, porém de forma dispersa.

“Em dois mil e seis também a gente pra ter um termômetro da nossa responsabilidade sanitária que assumimos, nós fizemos a auto-avaliação das funções essenciais em Saúde pública e por coerência e eu fiquei feliz porque o mesmo diagnóstico do termo de compromisso estadual foi o mesmo diagnóstico das funções essenciais em Saúde pública que tem uma metodologia totalmente diferenciada de auto-avaliação...” (Recorte discursivo 43)

Por fim, a própria Ripsa é nomeada como uma oportunidade perdida ou desperdiçada. Alude-se que, de início, era uma ótima iniciativa para potencializar os processos e práticas de M&A, entretanto teve problemas de condução.

“[...] Se temos a Ripsa que já acho que doze, treze anos no país e que já é considerado como excelência pra fora do país e internacionalmente já conhecida esse grupo, essa rede, né? intergerencial de formação pra Saúde, como é que o Ministério da Saúde começa a inventar indicadores que não tem nem sistemas e a cada ano muda o indicador e não tem uma série histórica pra de fato você ver se aquele indicador teve mudança ...” (Recorte discursivo 44)

### **Inovações nos processos e práticas de Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Inovações tecnológicas e logísticas em M&A nas SES podem ser realçadas nos discursos de dirigentes participantes do Grupo focal.

Nos moldes propostos por Carlos Matus (MATUS, 1996), a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia implantou uma *unidade para o processamento de informações* que serão levadas para análise e deliberação de Colegiados de Gestão e gestores.

“Eu acho que talvez a gente esteja aí num limiar entre ter ou não ter um setor, né? até porque a secretaria já teve e eu acho que a gente já fica e talvez o caminho do meio seja melhor, porque o ter o setor no processo histórico da secretaria não foi garantia de que isso de fato não obteve êxito se tivesse se institucionalizado. Optar por não ter eu acho que é o extremo que nenhum gestor gostaria de assumir, mas ter um responsável, uma unidade de processamento que seja responsável por consolidar e instrumentalizar o nível desses órgãos de informações estratégicas pra isso, eu acho que é um desenho que ta mais adequado pra o perfil de monitoramento considerando avaliação e planejamento que a gente entende lá na nossa realidade”. (Recorte discursivo 45)

Na Secretaria de Saúde de Sergipe funciona uma *Diretoria de Gestão Sistêmica*,

com a atribuição de coordenar processos de gestão e as relações interfederativas do estado, ou seja, com os demais entes governamentais na Saúde.

“[...] Por outro lado na relação com os municípios nós temos lá uma diretoria chamada diretoria de gestão sistêmica que cuida da grande maioria das relações interfederativas entre o ministério e a relação da secretaria do estado da Saúde dos municípios”. (Recorte discursivo 46)

As *FEDP* em curso nos estados de Sergipe e Bahia. Destacando-se a fundação inter-federativa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde da Bahia, que ainda é tema de debates e controvérsias. Como também, o Contrato Estatal de Serviços celebrado entre a Secretaria de Saúde de Sergipe e a FEDP, onde constam eventuais prêmios e castigos a serem conferidos com base no monitoramento anual do cumprimento ou não de metas previamente pactuadas no contrato.

“Adotamos a fundação inter-federativa de Saúde da família porque entendíamos que era necessário dar um reforço e apoiar os municípios na atenção primária considerando as dificuldades que todos conhecem e não avançamos muito nessa discussão de trabalhar os serviços todos nessa lógica ainda...” (Recorte discursivo 47)

“A fundação ta lá prevista no seu contrato estatal com uma política nesse sentido de incentivo, nas metas lá determinadas há um incentivo financeiro anual de bateu a meta todos recebem um incentivo financeiro, um décimo quarto salário, também se não bater inclusive toda direção é demitida”. (Recorte discursivo 48)

Outra inovação em curso é o *Contrato de Ação Pública* estabelecido entre a Secretaria de Saúde de Sergipe e municípios do estado. O estado define investimentos, principalmente em estrutura, os municípios se comprometem com a produção de serviços. Se os municípios não cumprem o programado, deixam de receber recursos do estado.

“Ah é assim e a gente tentou fazer isso primeiro numa lei, criamos um pacote de lei criando algumas regras, e dentro desse pacote de lei a gente criou o CAP – Contrato de Ação Pública que é o compromisso sanitário do estado para com os municípios, mas também dos municípios para com o estado, lá a integralidade era muito complexa, então nós criamos lá o padrão de integralidade e como é que funciona isso? Está lá escrito dentro desse contrato de ação pública o que exatamente o estado tem que fazer, mas exatamente quantas clínicas têm que construir baseado na realidade do estado de Sergipe, tantas, pronto isso ta no contrato, o estado tem que construir tantas clínicas. A gente chama clínica lá de unidade Saúde da família, atenção primária. Quantas bases do SAMU nós temos que criar descentralizá-la pra atender todo o estado de Sergipe numa média de trinta minutos em qualquer ponto sistêmico do estado de Sergipe, qualquer um, em qualquer lugar ta previsto que o SAMU não pode demorar mais do que trinta minutos e quantas ...fazem isso? Trinta e seis e ta no contrato, e quantos hospitais nós precisamos e que porte ter esses hospitais de alta complexidade, de média complexidade, HPP UPA que a gente também procurou, quantos precisavam ter no estado de Sergipe? Tantos, essa é a responsabilidade do estado e está no contrato, mas também município você tem que me dizer o que você vai me dá, quanto é que você vai fazer e se você tem tantos mil

habitantes você vai fazer isso – ah você é maiorzinho, então você vai fazer isso – ah você é grande, então você tem que fazer isso. Setenta e cinco municípios assinaram esse documento junto com o estado, esse é o nosso pacto e demorou um pouquinho pra ser reconhecido pelo MS”. (Recorte discursivo 49)

## Situações de crise

Não obstante às inúmeras metodologias e inovações tecnológicas e logísticas de M&A elencadas no Grupo focal, observa-se que não existe sistemática e métodos preestabelecidos para se lidar com situações críticas (gabinete, sala de situação etc.), nem sequer uma sistemática específica de M&A de crise. Muitas vezes, quando emerge a crise, todo o governo pára e se concentra na resposta. No caso da Secretaria de Saúde da Bahia, alude-se que o Colegiado de Gestão, se transforma no Gabinete de crise.

“[...] Com relação a gestão a gente tem umas crises lá na área de hospital e a secretária mesmo é que convoca a equipe e tenta resolver, não tem uma equipe específica pra isso não e nem treinada pra isso, vai fazendo a medida que a crise acontece porque não temos mesmo a questão do monitoramento de gestão ainda com resultado pra estar dando esse suporte técnico pra ela, que ela não aconteça”. (Recorte discursivo 50)

“[...] Mas considerando que o colegiado de gestão ele é permanente e se reúne semanalmente e estarta as crises quando necessário pra poder fazer a organização e aí chama os mesmos GT, eu acho que a gente pode dizer que tem um gabinete de crise com pessoas treinadas para trabalhar essas questões, o que não significa dizer que ele tem que resolver todos os problemas, né? o gabinete de crise não assume a competência e responsabilidade das áreas no seu cotidiano”. (Recorte discursivo 51)

Na *reação a epidemias*, o segmento de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças é o que está mais preparado para lidar com situações de crise, entretanto, mesmo assim, não se trata de treinamento prévio, mas de aprendizado com experiências anteriores. A partir de experiências traumáticas, profissionais de algumas SES referem estar mais preparados para *lidar com catástrofes e sinistros*. Também neste caso, não existe sistemática ou treinamento específicos e regulares nas SES.

“[...] Agora ter um setor pra isso não, se o negócio for grave a secretaria pára e as pessoas se unem, no caso da dengue a vigilância epidemiológica centraliza a informação junto com o secretário e a gente monitorava diariamente praticamente os dados, diariamente era mapas mesmo sensibilizando os municípios e só os prefeitos agindo em menos de um mês umas cinco vezes, chamava prefeito e como é que ta, monitorar e o município não passa a informação e como ia monitorar sem passar a informação, a gente vivia das informações que chegava nos lugares que a gente gerencia e aí a gente chamava os prefeitos, tivemos que botar o governador na jogada pra dar legitimidade, o governador veio e chamou os prefeitos e olhe, o caso é sério, então nesse sentido”. (Recorte discursivo 52)

“[...] Porque nós tivemos recentemente com as enchentes lá na região ali do Vale do Itajaí e foi uma loucura aquilo, né? então hoje nós temos uma equipe formada pra trabalhar especificamente, é uma equipe que tem a secretaria e que tem interesse institucional, né? mas a secretaria tem a sua equipe especifica que continua trabalhando até hoje com isso porque os problemas não foram resolvidos, né? foram resolvidos os problemas imediatos, amenizados, mas os problemas não foram resolvidos, então existe uma equipe que foi criada em portaria que trabalha especificamente com isso”. (Recorte discursivo 53)

Há referencias de que o manejo reativo às crises teve efeito pedagógico, uma vez que *se aprende com a experiência* e a instituição estaria mais preparada para lidar com novos eventos. Para alguns participantes do Grupo focal, o que mais importa é a *antecipação da crise*, a partir de um fluxo de informações em tempo hábil e com indicadores propriamente de gestão governamental.

“[...] Foi treinada menos e não era previamente treinada eu creio, treinada durante aquele período, aí tu ganha uma experiência e que vai ser com certeza aplicada no momento posterior, esse ano provavelmente a mesma equipe que já tem a experiência e que já trabalhou e que já ganhou o conhecimento respectivo aí vai continuar”. (Recorte discursivo 54)

“[...]Indicador de gestão pra mim é um ó critico, né? do processo de monitoramento e avaliação da gestão. O que é indicador de gestão, que resposta eu estou querendo, né? qual é o produto final disso aqui, isso ainda ta muito frouxo pra gente conseguir fazer a antecipação da crise e não manejar e competência pra manejar eu acho que as pessoas vão adquirindo, né? com o tempo, mas enfim, antecipar, evitar que ela aconteça...” (Recorte discursivo 55)

## **MEIOS, DISPOSITIVOS, INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE**

Os meios referem-se a dispositivos, instrumentos, ferramentas e registros formais para M&A da gestão governamental em SES. Destacam-se, entre outros, indicadores, relatórios, planos, termos de compromisso e iniciativas de cobrança e prestação de conta.

### **Indicadores utilizados para o Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Paradoxalmente, menciona-se que os indicadores são insuficientes em algumas áreas e excessivos em outras. De um modo geral, apresentam inconsistência, são bastante dispersos e pouco precisos. O foco principal está nos resultados. Há uma queixa de mudanças

constantes nos indicadores definidos como padrões nacionais e alguns indicadores do Pacto pela Saúde apresentam fontes e coletas difíceis. Em suma, é interessante destacar que, se o propósito é de monitoramento, seria mais apropriado tratar de "marcadores" do que "indicadores".

“[...] Esbarramos no mundo dos indicadores de diversas fontes como uma coisa que realmente criou uma certa dificuldade com esses indicadores do ... 08:16, os indicadores da agenda, os indicadores da vigilância que até a pouco tempo tava num outro grupo... “(Recorte discursivo 56)

“[...] Como é que o Ministério da Saúde começa a inventar indicadores que não tem nem sistemas e a cada ano muda o indicador e não tem uma série histórica pra de fato você ver se aquele indicador teve mudança ou alteração no processo de monitoramento e avaliação”. (Recorte discursivo 57)

### **Programação para o Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde**

Em termos de programações em Saúde, o *tipo assistencial e de apoio diagnóstico* é aludida como predominante nas SES, embora ainda não sejam efetivos os processos e práticas de M&A. Já a *programação financeira* é mais sistemática e predominante, tanto de investimentos como de custeio. Configura-se como parte mais monitorada, principalmente por outros setores do governo estadual.

“A trajetória não é muito diferente, né? até dois mil e sete o planejamento era um setor que cuidava basicamente da parte orçamentária e financeira e com a nova gestão a secretária tem uma visão de planejamento muito boa e ela é professora na área de planejamento e ela começou a pensar num planejamento mais dentro do planejamento de fazer monitoramento e fazer avaliação”. (Recorte discursivo 58)

### **Monitoramento e Avaliação da gestão governamental em Saúde e Prestação de contas**

Não há referências ou alusões a (sub) sistemas específicos de cobrança e prestação de contas, intrínsecos das SES, decorrentes ou correlatos às atividades de M&A. As únicas referências acenadas tratam do M&A da prestação de contas da parte de FEDP ou outras organizações do terceiro setor.

“- Não tem um contrato de meta?  
 - Não, tem o contrato estatal de serviço.  
 - Mas, está baseado num processo de trabalho de metas?  
 - Sim, de metas, mas ainda a gente não completou um ano e essa avaliação é feita num ano e não tem um ano ainda da fundação pra bater essas metas, mas a fundação a gente costuma lá dizer que tenta ser o melhor do direito público com o melhor do direito privado, como assim? Lá a gente vai fazer um trabalho minucioso e difícil, mas a gente quer conseguir, a gente tá tentando chegar e vai conseguir chegar, por exemplo, é saber quanto custa vamos dizer assim cada unidade de produção, cada leito de um hospital, ah existe vinte, trinta, mas na realidade, não é?” (Recorte discursivo 59)



## Registros formais

No caso dos registros formais, o *Relatório de gestão* foi bastante mencionado e apontado como o principal instrumento para o M&A dos processos de gestão governamental em Saúde. O que causa certa estranheza, dada à periodicidade anual de registros, mesmo que informações relativas a este instrumento devam ser apresentadas trimestralmente pela gestão.

“A gente entende assim que um dos instrumentos que a gente vem aprimorando e trabalhando pra o monitoramento da gestão é o próprio relatório anual de gestão, né? o estado assinou o termo do pacto, então o próprio plano estadual de Saúde ele engloba os indicadores do pacto, né? e no relatório de gestão a gente vem em dois mil e sete, em dois mil e oito e agora em dois mil e nove aprimorando ele como um instrumento mesmo de acompanhamento, né? de monitoramento das metas, então ele visa demonstrar o quantitativo das metas alcançadas e a gente distribuiu essas metas em quatro linhas, né?” (Recorte discursivo 60)

Os *planos municipais e estaduais de Saúde* foram algumas vezes citados no intertexto discursivo, porém de modo disperso, difuso e inespecífico. Há referência de dissociação entre quem formula, aplica e quem monitora na gestão governamental em Saúde. Além disto, critica-se a pendência de municípios no que tange a elaboração dos planos de Saúde.

“[...] Mas é preciso também compreender a gestão como um processo integrado, pelo amor de Deus, uns pensam e outros executam e outros monitoram e avaliam, né? Começa pela concepção dos instrumentos. Eu não gosto muito, mas eu não tenho como dizer isso, eu não tenho como não dizer, o plano de Saúde que é proposto por um é monitorado e avaliado por outro, não pode. A gente tem que trabalhar um processo integrado”. (Recorte discursivo 61)

“Se nós ainda estamos correndo atrás que os municípios elaborem planos de Saúde que é o primeiro passo pra se ter uma programação e aí pensar num processo estruturado, porque monitorar de qualquer jeito todo mundo pode dizer que faz, né?” (Recorte discursivo 62)

Os *termos de compromisso de gestão* (TCG) foram bastante citados, notadamente, a partir de experiências de SES que implantaram FEDP ou realizam pactos com os municípios. Os TCG são considerados como referências significativas para o M&A do cumprimento de metas pactuadas.

“[...]Foi um dos primeiros estados a assinar o pacto pela Saúde, e com o pacto pela Saúde nós também tivemos um instrumento, um termo de compromisso de gestão estadual enquanto responsabilidade sanitárias e de lá pra cá a gente também vem avaliando essas responsabilidades sanitárias e acompanhando, a gente avalia o termo de compromisso gestão estadual anualmente, mas a gente já vem avaliando em dois mil e seis e avaliação já foi semestral” (Recorte discursivo 63)

O *Plano Plurianual - PPA* foi mencionado no contexto do M&A de investimentos governamentais, porém de forma difusa e dispersa.

“Santa Catarina também, a secretaria do planejamento através do PPA, né? eles fazem um acompanhamento de como é que, mas é mais em termos de, é em termos de ações e custos, porque o PPA ele é feito casando, né? as ações e os custos e isso também integra com o plano estadual de Saúde e a programação anual, então a gente tem buscado essa integração, né?” (Recorte discursivo 64)

## **TEMPOS, PRAZOS RELACIONADOS COM O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO GOVERNAMENTAL EM SAÚDE**

Os modos, meios e práticas de M&A da gestão governamental em SES podem ocorrer com determinada regularidade e periodização.

### **Temporalidade longitudinal**

Observa-se que não há referências discursivas sobre monitoramento deste tipo. Este tipo de monitoramento pode ser definido em analogia com a ideia de incidência de eventos em tempo real.

### **Regularidade**

Já para os períodos regulares pode ser feita uma analogia com séries históricas de prevalência de eventos. Neste caso, destaca-se nos discursos dos participantes do Grupo focal, o M&A realizado nos seguintes períodos regulares: semanal, mensal, semestral, anual e quadrienal. Para cada período existem

Com periodicidade *semanal*, puderam-se observar apenas os indicadores epidemiológicos. Com periodicidade *mensal*, se destacam os indicadores epidemiológicos e financeiros. Em periodicidade *semestral*, são realçados os indicadores financeiros, especificamente, quando se realiza a prestação de contas da gestão em Saúde para a Assembléia Legislativa. No entanto, houve referência ao M&A semestral do TCG. O M&A em períodos regulares de um ano, ou seja, *anual*, foi o mais comum nos trechos discursivos, com destaque para o Relatório de gestão. O TCG e os indicadores do Pacto também são monitorados anualmente. Além destes, as metas do contrato estatal de serviços (SES - Sergipe) são monitorados ano a ano. Registros formais como o PPA, o plano estadual de Saúde e o próprio relatório de gestão.

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo estão apresentadas e discutidas algumas considerações acerca da interação entre o sistema de Monitoramento e Avaliação da Gestão governamental em Saúde (M&A-GGS) os outros sistemas de direção da configuração logística proposta por Matus (1996, 2000), além do diálogo com a literatura afim. Bem como, são apresentadas breves caracterizações acerca de inovações tecnológicas, problemas e/ou dificuldades e propostas de M&A-GGS.

### 5.1 M&A-GGS e outros sistemas de direção

#### 5.1.1 *Práticas e processos de e a agenda dos dirigentes*

Evidencia-se que as informações produzidas pelo M&A possuem características preponderantes de natureza orçamentária e epidemiológica, porém com pouca especificidade e baixa seletividade. Uma vez que não estão direcionadas especificamente para as necessidades de um usuário reconhecido e concreto.

Um dos propósitos do M&A são a reorientação e reorganização dos processos de trabalho no âmbito dos serviços de saúde e da gestão, inclusive, dos seus próprios processos e práticas. No entanto, a minoria dos respondentes considerou que as informações disponíveis têm servido para reorientar e reorganizar processos de trabalho.

Nos casos em questão, se os relatórios de gestão são a fonte de M&A mais utilizada, presume-se que o tempo eficaz de (retro) alimentação de agendas seja de mais ou menos um ano, portanto, pouco ágil.

Conforme Matus (1996, 2000), a agenda do dirigente deve se pautar, predominantemente, por assuntos e problemas prioritários para gestão e não por problemas rotineiros e conjecturais. Porém, como observado por Lotufo e Miranda (2007), as demandas imediatas exercem uma grande pressão na definição da agenda e do foco de atenção dos dirigentes governamentais em Saúde. Para Mota (1999), a rotina de um gestor acaba sendo recortada por questões consideradas “urgentes”, em função dos prazos iminentes. Tais demandas e alusões a própria “falta de tempo” acabam sendo justificativas para o não cumprimento de algumas atividades consideradas prioritárias (LIMA; RIVERA, 2006).

Neste particular, é fundamental o uso inteligente, de modo qualitativo e quantitativo, do tempo do dirigente para produção de decisões ágeis e concatenadas com o

grau de dificuldade dos problemas a serem enfrentados. Desta forma, o dirigente governamental requer informações seletivas em tempo ágil, que não leve a desinformação e reverbere na qualidade da tomada de decisões prioritárias.

No Grupo Focal, evidencia-se a preocupação, em alguns casos, de definir o fluxo e seletividade de informações, geradas a partir do M&A, para um grupo-dirigente. Entretanto, na maior parte dos casos, predominam também as agendas focadas em análises financeiras e epidemiológicas.

Coelho e Paim (2005) observaram no processo decisório de uma Secretaria Estadual de Saúde, que os dirigentes ocupavam grande parte da sua agenda em meio a negociações internas e articulações externas relacionadas a insumos, como é o caso da obtenção de recursos financeiros (*input*). Além de questões atinentes ao relacionamento interpessoal no trabalho. Já as decisões voltadas para os resultados ou impacto sobre o estado de saúde da população (*outcome*) representaram, na visão destes autores, o “sujeito oculto” do discurso organizacional. O que contrasta com a predominância de informações epidemiológicas, relacionadas aos resultados, no M&A de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, tal como referido na presente investigação.

Ao que parece, mesmo com a maciça produção e processamento de informações epidemiológicas, o uso do tempo e o foco de atenção dos gestores governamentais de saúde está mais voltado para questões de ordem financeira, despachos, reuniões, rotinas burocráticas e demandas imediatas, muitas vezes pleiteadas por forças políticas externas a gestão em saúde.

Não foram observados processos e sistemáticas de monitoramento longitudinal, em tempo real, de quaisquer indicadores ou eventos-sentinelas. Haja vista que os municípios e estados pesquisados, em sua maioria, tem utilizado sistemas de informações tradicionais. São raras as exceções, circunscritas mais a esfera estadual, onde a tomada de decisões governamentais tem sido orientada também por meio do monitoramento de eventos e/ou sinais significativos.

Os indicadores produzidos são considerados excessivos, instáveis, inconsistentes e de difícil processamento. Neste sentido, o estudo de Lotufo (2003) faz referencia a produção excessiva e difusa de dados e informações em Saúde, sem a devida capacidade de processamento e análise, para que sirvam de subsidio ao processo de gestão de uma SES.

Com base nisso, pode-se presumir que o M&A da gestão pouco tem servido para alimentar a agenda de dirigentes municipais e estaduais de Saúde, dado a pouca

especificidade, baixa seletividade, inconsistência e morosidade das informações produzidas, dificultando a eleição e tratamento de prioridades e questões substanciais de gestão.

### **5.1.2 Práticas e processos de M&A-GGS e o processamento tecnopolítico de informações**

Há uma ênfase no processamento técnico, notadamente financeiro e epidemiológico. O M&A de evidências e eventos relativos às demandas de serviços ainda é incipiente, principalmente nos municípios de menor porte. Os serviços de Ouvidoria ainda são escassos e não há referências, nas questões abertas, da utilização de processamento tecnopolítico de informações deste tipo.

Nos moldes matuseanos, o processamento técnico-político funciona como uma espécie de filtro para processamento jurídico, técnico e político de informações relacionadas a problemas ou assuntos de gestão, antes que os mesmos cheguem à agenda do dirigente governamental. Conseqüentemente, o processamento tecnopolítico qualificado contribui para prestação de contas por desempenho, de modo extra-setorial, intra-setorial e individual. (MATUS, 1996, 2000).

No Grupo Focal, somente em alguns casos são referidos modos de processamento tecnopolítico de informações. De um modo geral existe pouca seletividade e baixa especificidade, em termos de indicadores processados e produzidos.

Isto coaduna com os achados de Lotufo (2003), quanto à inexistência de equipe de processamento técnico-político, capaz de filtrar problemas segundo sua importância e grau de processamento no âmbito de uma SES. Nos casos estaduais estudados por Lotufo e Miranda (2007), evidenciou-se que gabinetes dos dirigentes das SES realizam mais um trabalho de triagem de problemas ou demandas emergentes e imediatas. Na maioria dos referidos casos, a seleção de problemas acontece “forma mais formal e burocrática”.

Sendo assim, observou-se que não há, na maioria das SMS e SES, uma sistemática estabelecida para processamento de informações e problemas de gestão, ou, ainda, que este processamento é realizado predominantemente de modo *compartimentalizado e parcial*, privilegiando o seu tratamento técnico, em detrimento da dimensão política. Ressalta-se ainda a escassez de indicadores de gestão governamental, *propriamente dita*, não havendo prioridade em sua produção, processamento e análise para subsidiar o processo decisório em saúde.

Alude-se, portanto, que o processamento e a utilização destas informações relativas ao M&A, tem se orientado, preponderantemente, por uma lógica normativa e racionalidade de natureza *teleológica*.

### ***5.1.3 Práticas e processos de M&A-GGS e a condução de crises***

Neste estudo, o ponto frágil do M&A foi a sua relação com a condução de crises de governo, isto é, o monitoramento específico e próprio da crise. Conforme Matus (1996), uma crise se caracteriza como mudança abrupta de ritmo e de foco de atenção no governo. As crises podem ser de natureza política, econômica, sanitária, militar, ecológica, ambiental etc. Desastres naturais e ecológicos, como também, surtos e grandes epidemias são alguns dos exemplos de acontecimentos que podem levar a crises. Uma crise pode desencadear outra de natureza distinta e com maior grau de complexidade. Para este autor, a condução de crises requer treinamento de pessoal especializado, sistemas de informação e monitoramento de percurso, logística e infra-estrutura de apoio, além, de técnicas específicas para o manejo (MATUS, 1996). Dessa forma, o sistema de monitoramento da crise é uma especialidade e tem suas características próprias, pois implica rapidez e qualidade da informação, numa atmosfera de tensão permanente.

Nos casos em análise, praticamente não existe sistemática, nem logística e pessoal treinado ou especializado para lidar com situações de crise. Apenas o segmento de Vigilância Epidemiológica possui algum treinamento para lidar com determinados eventos, tais como epidemias de dengue e do vírus H1N1. Esse despreparo para o enfrentamento de surpresas também foi evidenciado por Lotufo e Miranda (2007), sobre, com a ausência total de qualquer iniciativa previa voltada para o manejo de crises.

Geralmente, com a explosão de uma crise, atores institucionais se articulam internamente e externamente, havendo convergência de esforços e o desenrolar de ações pontuais e improvisadas, enquanto respostas para a situação. Conforme aludido por participantes do Grupo focal, estas experiências vão gerando um aprendizado e adquire-se preparo a partir da lide com situações calamitosas. Em outras palavras, trata-se da pedagogia do trauma e da catástrofe, aprender fazendo e acumular conhecimento e *expertise* para lidar com situações críticas futuras.

Em suma, o que prepondera é a *reatividade improvisada* e a *inexistência de M&A específico* para ser ativado em circunstâncias adversas. Evidentemente, em sendo a prática de monitoramento incipiente no cotidiano da gestão em Saúde, dificilmente, se teria uma

sistemática prévia e a produção de informações com a rapidez necessária para o manejo oportuno e qualificado de crises.

#### ***5.1.4 Práticas e processos de M&A-GGS, o planejamento estratégico e formulação de grandes estratégias***

O planejamento, de acordo com as evidências dos questionários, é o segmento institucional das SMS e SES, onde a maior parte dos processos e práticas de M&A está vinculada. O planejamento também é o espaço governamental extra-setorial mais citado quando se trata do M&A da gestão governamental em SES. Apesar da relação entre M&A e planejamento, observou-se que as alusões aos Planos Municipais de Saúde denotam fragilidades e incipiência em termos de pauta de agendas dirigentes e de monitoramento de indicadores específicos, como por exemplo, os indicadores relativos ao cumprimento de deliberações de Conferências Municipais de Saúde.

O tema da institucionalização de processos e práticas de M&A gerou polêmica e debates no Grupo focal. Entende-se, nesta investigação, que a escolha de uma ou outra opção é determinada por concepções acerca da temática, além dos contextos e propósitos institucionais em questão. No entanto, qualquer que seja a opção, torna-se fundamental a institucionalização de práticas de M&A associar-se a transformações em termos de cultura institucional, muito mais do que mudanças na estrutura organizacional da gestão. Dito isto, é preciso salientar a preocupação de Teixeira (2007), acerca da possibilidade de processos e práticas de avaliação e monitoramento, se transformar em um mero ritual, como acontece, em larga medida, com o processo de planejamento nas várias instâncias de gestão do SUS.

Nas questões abertas existem referências às iniciativas de uso de M&A para a formulação de estratégias mais abrangentes e de longo prazo, que pudessem explorar cenários futuros e buscar grandes consensos. As *estratégias institucionais e programáticas* em curso são de curto prazo, o prazo limite da gestão governamental. Ou seja, são priorizadas estratégias e políticas de Governo, e não, de Estado. Para Martins (2003), a reflexão estratégica cria referências futuras com os seus cenários e visões, possibilitando o deslumbrar de caminhos diversificados e suas interligações.

Denota-se também a inexistência de referências discursivas aos processos e práticas de uso de M&A e mesmo de análise prospectiva, de tendências, para tal finalidade. Logo, preponderaram, nos casos explorados, a análise e preocupação de intercurso. Aventa-se, portanto, que o imediatismo de gestores, tal como referido no Grupo focal, e,

principalmente, o partidarismo na gestão do SUS, podem interferir na falta de iniciativas de longo prazo. Por outro lado, ressalta-se que os projetos e iniciativas no âmbito da Saúde, em especial do SUS, geralmente, possuem um longo período de maturação até que demonstrem resultados mais evidentes (LOTUFO; MIRANDA, 2007).

#### ***5.1.5 Práticas e processos de M&A-GGS, a orçamentação programática e a gestão financeira***

Observa-se a grande proporção de processos e práticas de M&A em que existe pouca ênfase na identificação de fontes de captação de recursos financeiros para investimentos. Estas são práticas importantes, que parecem relegadas a um segundo plano. Portanto, fica evidente que, em especial, os municípios ainda carecem de estratégias e/ou dispositivos neste sentido. Fazendo-se necessário um investimento em estrutura e funcionários capacitados para monitoramento destas oportunidades.

Quando se trata de custeio, também existem poucos processos de M&A das Secretarias de Saúde, o que denota a incipiência do M&A de uma atividade básica e extremamente necessária. Monitora-se, sobretudo, a programação orçamentária de procedimentos assistenciais.

No Grupo Focal, refere-se que a programação mais sistemática e predominante é a orçamentária, parte mais monitorada, principalmente por outros setores do governo estadual. Pois, em termos de monitoramento extra-setorial de SES, prevalecem setores associados à gestão financeira e orçamentária. Haja vista que as chamadas secretarias ditas “sistêmicas” têm maior preocupação e, conseqüentemente, exercem regulação e controle da gestão financeira e execução orçamentária das “áreas fins”, como é o caso do setor Saúde.

#### ***5.1.6 Práticas e processos de M&A-GGS a gerencia de operações e a gestão de serviços***

Há uma ênfase em processos de M&A de programas orçamentários e assistenciais. Sendo que os indicadores mais aludidos referem-se predominantemente aos recursos financeiros disponibilizados e contextos ou situações epidemiológicas, sem maior especificação sobre indicadores ou sinalizadores de gestão (propriamente ditos). Ressalta-se, portanto, a escassez de indicadores de gestão governamental, não havendo prioridade em sua produção, processamento e análise para subsidiar o processo decisório em saúde.



No Grupo Focal, programação financeira e de procedimentos assistenciais é predominante, embora ainda não sejam efetivos os processos e práticas de M&A.

Existem significativas alusões ao Pacto pela Saúde, como instância intergovernamental, método de conjunção e instrumento útil para os processos e práticas de M&A da gestão do SUS. Deste modo, o Pacto pela Saúde é pensado como grande dispositivo de referencia e parâmetro para o M&A da gestão governamental do SUS.

Neste sentido, tem havido um grande destaque para o M&A baseado em aspectos normativos, a partir do uso de instrumentos formais de Saúde. Para Sousa *et al.* (2009, p.50), o M&A do pacto deve ser um processo permanente, orientado por “*indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem os termos de compromisso de gestão e cronogramas pactuados*”. Entretanto, vale destacar a importância de aproximar aspectos normativos e os político-contextuais, valorizando o ator social e a sua capacidade de mobilizar vontades e recursos.

#### ***5.1.7 Práticas e processos de M&A-GGS e os sistemas de cobrança e prestação de contas***

Denota-se dispersão e multiplicidades de subsistemas de cobrança e prestação de contas, com foco primordial no aspecto orçamentário. De acordo com as citações, os Relatórios de Gestão são os instrumentos mais utilizados e valorizados para esta finalidade. No estudo de Lotufo e Miranda (2007), referiu-se que a prestação de contas ocorre de modo formal, de acordo com exigências normativas ou legais, como é o caso dos Relatórios de Gestão. Portanto, a motivação primordial não é necessidade de publicização dos resultados de gestão.

Em geral, há M&A multifocal com referencias a vários tipos de subsistemas de prestação de contas, mas quase não existem sistemas de cobrança e prestação de contas. Evidentemente, quando se discute um sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho, a intenção não é reduzi-lo ao emprego de verbas orçamentárias pela gestão governamental. Pois, segundo Matus (1996), a prestação de contas deve ser completa e as contas constituem um método de avaliação pessoal, intra e interinstitucional, que implica em premiações e penalizações, de acordo com compromissos assumidos e responsabilidades pactuadas. Neste sentido, nos discursos do Grupo focal não foram referidos sistemas específicos ou consolidados de cobrança e prestação de contas. Em geral, pôde se observar a ocorrência de uma prestação de contas predominantemente financeiro-orçamentária e da execução de alguns projetos prioritários, a instâncias de controle e fiscalização, tais como,

Conselho de Saúde, Câmara dos Vereadores e Assembléia Legislativa. Particularmente não existem sistemas de M&A de desempenho de servidores, com exceção para uma iniciativa específica no estado de Sergipe, onde foram celebrados contratos de gestão entre a SES e Fundações Estatais, prevendo incentivos para o desempenho de servidores e da instituição, além de penalizações para o não cumprimento de metas institucionais. Além, da importante experiência da SES da Bahia, que possui sistemática de avaliação de desempenho individual, no bojo de uma política estadual de gestão do trabalho e educação permanente em Saúde.

Outros estudos acerca de gestão, que utilizaram o mesmo referencial teórico matusiano, também constataram a ausência de uma sistemática concreta de cobrança e prestação de contas por desempenho no âmbito de SES (LOTUFO, 2003; LOTUFO; MIRANDA, 2007) e de uma Região de Saúde (LIMA; RIVERA, 2006).

Para Matus (1996), este sistema determina se uma instituição é de alta ou baixa responsabilidade, mas, a sua operacionalização depende de um sistema de monitoramento qualificado e pertinente. Disto isto, presume-se que na maioria das SMS e SES, os processos e práticas de M&A estão pouco organizados para amparar iniciativas de cobrança e prestação de contas por desempenho individual e institucional.

### ***5.1.8 Práticas e processos de M&A-GGS, gestão de pessoas e do trabalho***

As questões referentes à gestão de pessoas e o trabalho humano foram recorrente e significativamente mencionadas neste estudo, notadamente, nas questões abertas dos questionários municipais e estaduais. O tema foi focado mais como um problema e desafio para o incremento e qualificação dos processos e práticas de M&A. Alude-se sobre a insuficiência, alta rotatividade, dificuldade de contratação e retenção, além da baixa qualificação de pessoal para o trabalho de gestão, em especial, no caso do M&A. De fato, este é um tema atual e bastante complexo, sempre referido por usuários, trabalhadores, gestores e acadêmicos, como desafio e um dos principais problemas a serem superados no âmbito dos serviços e da gestão do SUS. A precarização das condições de trabalho e a impregnação político-partidária são entraves importantes neste processo. Para Paim (2009), a sustentabilidade institucional do SUS exige a redução de cargos de confiança e o seu preenchimento por profissionais qualificados e de carreira.

No Grupo Focal esta questão é apontada como prioridade, em termos de desafio e investimento institucional para a consolidação dos processos de M&A. De fato, algumas iniciativas de qualificação de pessoal foram realizadas e outras estão em curso, porem,

advoga-se, aqui, que além da consolidação de tais iniciativas, faz-se necessário uma abrangente Política de Gestão de Pessoal para o SUS.

## 5.2 Inovações tecnológicas em M&A-GGS

- **Unidade para o processamento de informações** que são posteriormente levadas para análise e deliberação de Colegiados de Gestão e gestores. Esta iniciativa foi implantada no âmbito de Secretaria Estadual de Saúde. Nos moldes matuseanos, trata-se de uma unidade ou dispositivo de processamento tecnopolítico de informações e problemas.
- **Diretoria de Gestão Sistêmica**, com a atribuição de coordenar processos de gestão no âmbito de uma Secretaria Estadual de Saúde;
- **Contrato de Ação Pública**, firmado entre uma Secretaria Estadual de Saúde e 75 municípios do estado, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Foram pactuados compromissos e responsabilidades de cada esfera de governo, definindo, dentre outros aspectos, um padrão de integralidade da atenção a saúde e critérios para incorporação tecnológica e farmacêutica. Esta é uma forma de estabelecer compromisso legal entre entes federados na provisão de serviços de saúde, com a definição clara do que compete a cada um.

Um contrato desta natureza tem a vantagem de favorecer a cobrança e prestação de contas sobre as responsabilidades assumidas. Como se trata de um contrato, suas cláusulas e critérios devem ser pactuados consensualmente, e não, definidos de modo unilateral. Ainda que os entes federados possuam as mesmas margens de autonomia e prerrogativas de poder, pode haver assimetrias no tocante a definição de critérios e acompanhamento deste tipo de contrato, haja vista, a assimetria no domínio de recursos financeiros e na capacidade de indução política.

A contratualização é uma das estratégias da Nova Gestão Pública (EL-WARRAK, 2009). Trata-se de uma iniciativa que se baseia na idéia nuclear de quebrar a hierarquia como modelo de coordenação e controle típicos do setor público. Vale ressaltar que no âmbito da gestão do SUS, tem havido um crescimento de iniciativas diversificadas de contratualização. Além de contratos entre entes federados, o Estado vem firmando contratos e parcerias com o Terceiro Setor para prestação de serviços públicos de saúde.

- **Programas de Qualidade:** Observa-se o incremento e expansão deste tipo de programa nas SES, com iniciativas de treinamento de profissionais de M&A. Referidos constantemente e insistentemente, somente por um participante, como a metodologia mais adequada para referenciar e alinhar os processos e práticas de M&A nas SES.

- **GESPÚBLICA:** Programa mais citado pelos participantes, muitas SES implantaram e monitoram os dados. Algumas SES estão operando nos ciclos iniciais e outra nos ciclos mais adiantados.
- **PLANEJASUS:** Programa citado, mas de modo disperso e diverso, como uma referencia possível de potencialização de M&A. Não foram relatados exemplos ou idéias de conexões mais consistentes ou substanciais. Há uma queixa de que os programas de qualidade deveriam estar mais articulados e integrados ao PLANEJASUS.
- **Funções Essenciais de Saúde Pública:** Valorizada pela simplicidade e característica de auto-aplicabilidade (auto-avaliação).
- **RIPSA:** Referida como uma oportunidade perdida ou desperdiçada. Alude-se que, de início, era uma ótima iniciativa para potencializar os processos e práticas de M&A, entretanto teve problemas de condução.

### 5.3 Caracterização de problemas e dificuldades

Há uma crítica de que a instituição de M&A, muitas vezes se dá a partir da ascensão de especialistas, que por sua vez, tentam impor processos e práticas de forma vertical, desconsiderando os tempos das pessoas implicadas. A imposição de novos processos e práticas de trabalho pode desagregar e gerar resistência dos trabalhadores, o que acaba dificultando a implantação destas novas práticas.

As dificuldades de comunicação interna entre aqueles que trabalham diretamente com atividades de M&A estão intrinsecamente correlacionadas com a cultura institucional adversa e a fragmentação de iniciativas e processos de trabalho em várias frentes. Efetivamente, ocorre um ciclo vicioso de causa e consequência, que perpetua uma cultura institucional adversa a institucionalização de processos e práticas de M&A. Na visão de Matus (1996, 2005), a instituição de novas formas organizacionais, tais como, normas e estruturas, não implica necessariamente na mudança das práticas de trabalho. No entanto, a cultura institucional acaba por definir as práticas de trabalho. Para este autor, compreender e avaliar uma gestão incide em determinar a cultura institucional em sua relação com as práticas de trabalho vigentes (MATUS, 1996). Felisberto (2010) afirma que normas e regras rotinizadas ou padronizadas podem conferir maior continuidade de iniciativas, *“mas isto sofre influência direta do grau de capacidade técnica e de preparo político dos trabalhadores do sistema”* (FELISBERTO, 2010, p.1093).

Corroborando com a dificuldade de comunicação interna, foi referido que setores das SES não abrem mão de controlar e monopolizar as informações disponíveis. Como “*informação é poder*”, o seu controle envolve maiores graus de autonomia e acúmulo de capital de natureza técnica. Isto, evidentemente, pode comprometer qualidade da gestão e a prestação de serviços de saúde, uma vez que os interesses e aspirações individuais e/ou de sub-grupos atomizados acabam por vezes sobrepujando os interesses e as necessidades das coletividades, ou seja, dos usuários do SUS.

Em se tratando da formação, foi referido que os cursos de graduação não preparam adequadamente os profissionais para atuar na área de M&A. De fato, temas correlatos a gestão governamental ainda são bastante incipientes na formação universitária, notadamente, na área e Saúde.

Outra problemática já bastante discutida neste estudo trata-se da conotação de insuficiência e pessoal em termos quantitativos e qualitativos. Assim, advoga-se um reforço na contratação e capacitação de pessoal para o trabalho em M&A da gestão do SUS.

Um aspecto que poderia ser trabalhado é a avaliação de desempenho dos servidores, com o estabelecimento de incentivos e punições mediante a realização dos objetivos declarados. No entanto, este é outro ponto incipiente nos processos e práticas de M&A, exceto quando considerados os períodos de estágios probatórios. Sem uma sistemática de prestação de contas por desempenho não há quem cobre e preste contas sobre as atividades realizadas e a gestão tende a se tornar um sistema macroorganizacional de baixa responsabilidade (MATUS, 1996).

Neste sentido, percebe-se a carência de mecanismos e/ou dispositivos de gestão do trabalho, que associem valorização e qualificação profissional com avaliação por desempenho individual e institucional.

Os servidores responsáveis pelo gerenciamento e condução de situações de crises não são treinados previamente e terminam por "aprender fazendo", aprender com os erros cometidos. Particularmente em M&A, não são treinados para montar e operar sistemas de informação específicos e especializados para tal contexto. Ressalta-se que este foi o aspecto de maior fragilidade encontrado nesta investigação.

Efetivamente, há consenso entre todos, que os processos e práticas de M&A encontram-se ainda em fase incipiente de organização. E mesmo que haja melhora e incremento nos últimos anos, faz-se necessário um maior investimento e grandes esforços para consolidação.

Há uma questão primordial, referida às definições sobre o que seria monitoramento de gestão em Saúde, ou mais especificamente, as eventuais distinções entre práticas e processos correlatos para com aqueles típicos de avaliação *stricto sensu*. Os membros do Grupo Focal, dirigentes implicados em tais processos e práticas, revelam dificuldades para estabelecer definições mais precisas e, principalmente, para estabelecer consensos acerca destas definições.

Esta é uma questão proeminente nestes discursos. Alude a uma confusão babilônica entre conceitos logísticos, definições, linguagens e jargões utilizados pelos especialistas e técnicos de M&A. Notadamente, confusão entre termos como: avaliação, monitoramento, controle, auditoria, acompanhamento, diagnóstico. Os próprios participantes do Grupo Focal, por vezes utilizaram estes conceitos de modo indistinto.

#### **5.4 Identificação de potencialidades e propostas**

- Estabelecer consensos técnicos sobre conceituações e terminologias
- Estabelecer maior perenidade para os indicadores pactuados
- Mais investimentos na qualificação de pessoal especializado
- Efetivar unidades de processamento e síntese de informações
- Efetivar colegiados técnicos de Coordenação para M&A
- Definir mais claramente indicadores de gestão
- Capacitar mais e melhor os profissionais de M&A
- Incrementar a integração entre Sistemas de Informação em Saúde
- Incrementar a função reguladora e apoiadora das SES
- Incrementar o financiamento do bloco de Gestão (Pacto)
- Abrir concursos públicos e estabelecer PCCS com a área M&A

#### **5.5 Breve consideração sobre o escopo teórico-normativo**

O referencial normativo utilizado nesta investigação permitiu a realização de uma análise síntese do material empírico, a partir da correlação entre o monitoramento da gestão e as demais proposições matuseanas para direção e condução de uma gestão governamental. Ainda que tenha sido elaborado com vistas à qualificação da gestão governamental, este referencial normativo tem sido utilizado e adaptado por vários autores para o setor

governamental de Saúde (LIMA, 2003; LOTUFO; MIRANDA, 2007; RIVERA, 1995, 1996; RIVERA; ARTMANN, 1999; KOPF; HORTALE, 2005).

Kopf e Hortale (2005), reconhecem que alguns destes “[...] *elementos podem integrar ou ser reconstruídos para uma ação gerencial dialógica no campo das organizações de saúde*”. Uma vez bem articulados, os *sistemas de agenda do dirigente e gerência por operações* podem favorecer o estabelecimento de uma *ação comunicativa* mais efetiva no âmbito da gestão em saúde (KOPF; HORTALE, 2005). Entretanto, de acordo com Carazzato (2004), pesquisadora do campo educacional, não há uma superação do modo de pensar a organização enquanto pirâmide com níveis ordenados de gestão. Por outro lado, já na visão de Rivera (1996), a criatividade é um aspecto fundamental nesta formulação de Matus, evidenciando-se o processamento de problemas em uma *rede de comunicação motivada e motivadora*, com o predomínio de uma gestão por operações ou projetos. Lotufo e Miranda (2007) apontam a importância da conformação de sistemas, logísticas e práticas de direção estratégica para a implementação de políticas governamentais, aspecto muitas vezes pouco valorizado em relação ao momento da formulação. De tal forma que os mesmos sugerem a aplicabilidade de alguns destes sistemas para a realização de avaliações normativas de experiências sub-nacionais no âmbito do setor saúde.

Por fim, cabe ressaltar, que a despeito das inúmeras fragilidades observadas no M&A da gestão governamental em SMS e SES, evidenciam-se também, inovações tecnológicas, iniciativas em curso e discursos propositivos de dirigentes e gestores, nos casos analisados neste estudo.

## 6 CONCLUSÃO

Na maior parte dos casos analisados, os usuários das informações produzidas no M&A-GGS ainda estão pouco definidos e dispersos. A massa de informação é mais diversificada e menos seletiva, veiculada em tempo ineficaz e com uma produção que tende a ser centralizada. As mesmas tendem a ser pouco perecíveis e o seu uso é mais generalizado do que específico. Deste modo, predominam as operações a partir de dados primários e indicadores gerais, sendo poucos os indicadores e sinalizadores mais específicos e apropriados para a gestão governamental em Saúde.

Em se tratando das SES, embora na maior parte dos casos os procedimentos e dispositivos de M&A estejam vinculados institucionalmente às áreas de Planejamento, é paradoxal que os pontos mais frágeis estejam correlacionados com os sistemas de direção estratégica. Como é o caso do próprio planejamento e formulação de estratégias mais abrangentes e de longo prazo.

Há uma deficiência significativa no M&A para o sistema de direção e condução de crises. Ainda que, devido a uma pedagogia de conotação empírica, se denote a preocupação com este aspecto da gestão de informações.

Existem dúvidas e discordâncias sobre as vantagens e desvantagens de se especializar e centralizar formalmente a captação, processamento e análise de informações de M&A. Tais discordâncias são evidentes na orientação político-institucional adotada por algumas SES, o que implica na necessidade de diálogos e discussões com vistas ao aprofundamento destas questões.

Apesar da reconhecida incipiência observada nos processos e práticas de M&A-GGS de gestão governamental no âmbito de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tendo em vista os referenciais e tensionamentos teóricos e normativos adotados (sistemas de direção e gestão sistêmica), denota-se a conformação e instituição de **comunidades de práticas** vocacionadas e implicadas nesta perspectiva de atuação (inter) institucional. Evidencia-se uma progressiva especialização e distinção destas comunidades de práticas em M&A, com demandas e iniciativas que indicam uma gradual consolidação desta (sub) área. Em conseqüência, algumas das proposições delineadas no estudo podem ser consideradas como demandas desta comunidade de práticas.

É necessário ressaltar que, apesar dos recortes homogêneos de perfis de respostas (notadamente nas questões fechadas dos questionários), há uma evidente diversidade e heterogeneidade de situações e condições em experiências correlatas ao foco do estudo.



Particularidades e singularidades que reforçam a natureza inovadora de iniciativas institucionais.

Convém enfatizar ainda, o caráter de parcialidade e incompletude na análise do contexto institucional do estudo, uma vez que ainda falta focar processos e práticas de M&A da gestão governamental no âmbito federal, no Ministério da Saúde.

Como se trata de um estudo de natureza exploratória, esta investigação pode favorecer o surgimento de novas hipóteses e indicar possibilidades para o desenvolvimento de estudos que esclareçam aspectos mais específicos sobre a temática em questão.

Por fim, acredita-se que esta investigação contribuiu para uma melhor compreensão sobre os entendimentos dos atores institucionais que têm a prerrogativa e a função de aplicar métodos, tecnologias e instrumentos de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Espera-se que tais achados, com a sua disseminação, incorporação e (re) leituras e interpretações de diversos atores implicados, possam favorecer o estabelecimento de estratégias de cooperação interinstitucional e contribuir para gradual consolidação desta subárea.

Neste sentido, tais contribuições estariam voltadas para a melhor qualificação das práticas de gestão em saúde. E, com efeito, para uma maior capacidade dos gestores e dirigentes governamentais em formular e implementar políticas públicas de saúde, consonantes com as estratégias de horizonte e propósitos de transformação apregoados no projeto de RSB.

## REFERÊNCIAS

ALVES, C.K.A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica**: análise do programa em uma gestão estadual. 2008. 176f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ARRETCHE, M. A política da política de Saúde no Brasil, In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ; J.M. (Org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. 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. 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 31 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica – SUS 01/91. Brasília, DF: INAMPS, 1991.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 234, de 07 de Fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica – SUS 01/92. Brasília, DF, 1992.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.203, de 5 de Novembro de 1996. Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 373, De 27 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 545, de 20 de Maio de 2003. Norma Operacional Básica - SUS 01/03. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006.

BUNCHAFT, A.F.; GONDIM, S.M.G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Estudos de psicologia**, v.21, n.2, p.63-77, 2004.

CARAZZATO, J. **Planejamento Público**: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus. 2000.176p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.435-444, 2001.

COELHO, T. C. B.; PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p. 1373-1382, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. CNS, Brasília, DF, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 705-711, 2006.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 564-566, 2006.

EL-WARRAK, L. O. **A Contratualização no Âmbito da Gestão Pública em Saúde**: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro. 2008. 197p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E.; FRESSE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.6, p. 1079-1095, 2010.

HABERMAS, J. Relaciones com el mundo y aspectos de la racionalidad de al acción em cuatro conceptos sociológicos de acción. In: \_\_\_\_\_. **Teoria da la Acción Comunicativa**. Tomo I. Madri: Ed. Taurus Humanidades, 1987. p.110-141.

KOPF, A.W.; HORTALE, V. A. Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Ciência & Saúde coletiva**, v.10, supl., p. 157-165, 2005.

LAVRAS, C. **Secretarias de Estado da Saúde no Brasil**: organizações em processo de mudança. 2003. 399 p. Tese (doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, J.C. **Gestão estratégica de sistemas de Saúde**: estudo de caso de uma região de Saúde à luz da teoria das macroorganizações. 2003. 183p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Brasília, 2003.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Gestão de sistemas regionais de Saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n.10, p.2179-2189, 2006.

LINS, A.M. **Produções teóricas na área de gestão e avaliação em Saúde**: o esforço de construção de um novo paradigma. 2004. 267 p. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004.

LOTUFO, M. **Gestão pública em Saúde**: análise da capacidade de governo da alta direção das SES-MT em 2001. 2003. 151p. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. C. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em Secretarias Estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública**, v.41, n.6, p.1143-1163, 2007.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília, DF: IPEA, 1993. Tomo I e II.

\_\_\_\_\_. **Adeus, Senhor Presidente**: governantes governados. São Paulo: Ed. FUNDAP, 1996a.

\_\_\_\_\_. **Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi**: estratégias políticas. São Paulo: Ed. FUNDAP, 1996b.

\_\_\_\_\_. **O Líder sem Estado Maior**. São Paulo: Ed. FUNDAP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: Ed. FUNDAP, 2005.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Ed. Casa da Cultura, 2001. Tomo I.

MISOCZKY, M.C.A. **A Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das relações entre as esferas de governo da Federação**. 2001. Disponível em: <<http://pdgsaude.ea.ufrgs.br/principal.htm>>. Acesso em: 10 jul.2009.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. 241p. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Gestores do SUS**: olhares e vivências. Brasília, 2005. v. 1, p. 179-192.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do sistema único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 12, supl., p.1819-1829, 2007.

PAIM J.P. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

RIVERA, F. J.U. A gestão situacional (em Saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, n.3, p.357-372, 1996.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde coletiva**, v.4, n.2, p. 355-365, 1999.

ROCHA, A.A.R M. **O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES/Sergipe**. 2008. 156 p.Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SAMPAIO, J.; CARVALHO, E. M. F.; PEREIRA, G. F. C.; MELLO, F. M. B. de. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde coletiva**, v.16, n.1, p. 279-290, 2011.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. **Rede Interfederativa de Saúde**. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

SOUZA, R. A regionalização no contexto atual das políticas de Saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em Saúde: significado e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.003, p. 572-574, 2006.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, S. M.; BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.12, p. 2891-2900, 2008.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**. v.9, n.3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A.L.D.; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, L.G.; RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, supl., p.139-151, 2002.

VIANA, A. L. D.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L. D. DE; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, L. F. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em perspectiva**, v.22, n.1, p.92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A.L.A.; MACHADO, C. V.. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v.14, n.3, p. 807-817, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de Saúde no âmbito municipal**. 2006. 129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

VILASBÔAS, A. L. Q.; PAIM, J.S. Prática de planejamento e implementação de políticas de Saúde no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1239-1250, 2008.

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

**APÊNDICE A – Quadros de respostas fechadas de algumas questões dos questionários respondidos por dirigentes de Secretarias Municipais de Saúde. Tabulações estratificadas por faixas populacionais.**

Nos quadros apresentados a seguir estão descritas algumas questões selecionadas para estratificação por faixas populacionais dos municípios correspondentes aos casos das Secretarias Municipais de Saúde pesquisadas.

Quadro 61. Dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão da própria Secretaria de Saúde?

FAIXAS POP. (habitantes)	Tipo	NR	Sim	Em termos	Não	TOTAL
Até 10,000	Qtd	24	79	126	5	234
	% Faixa	10,3	33,8	53,8	2,1	100,0
	% Total	36,4	38,7	43,4	29,4	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	23	89	117	8	237
	% Faixa	9,7	37,6	49,4	3,4	100,0
	% Total	34,8	43,6	40,3	47,1	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	4	8	15	2	29
	% Faixa	13,8	27,6	51,7	6,9	100,0
	% Total	6,1	3,9	5,2	11,8	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	5	12	12	0	29
	% Faixa	17,2	41,4	41,4	0,0	100,0
	% Total	7,6	5,9	4,1	0,0	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	4	6	8	2	20
	% Faixa	20,0	30,0	40,0	10,0	100,0
	% Total	6,1	2,9	2,8	11,8	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	5	5	8	0	18
	% Faixa	27,8	27,8	44,4	0,0	100,0
	% Total	7,6	2,5	2,8	0,0	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	1	5	4	0	10
	% Faixa	10,0	50,0	40,0	0,0	100,0
	% Total	1,5	2,5	1,4	0,0	1,7
Total	Qtd	66	204	290	17	577
	% Faixa	11,4	35,4	50,3	2,9	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N: Não responderam / NSA: Não Se Aplica

Quadro 62 – A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de saúde da população?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Sim</b>	<b>Em termos</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	2	108	104	20	234
	% Faixa	0,9	46,2	44,4	8,5	100,0
	% Total	50,0	36,1	44,4	51,3	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	1	119	100	17	237
	% Faixa	0,4	50,2	42,2	7,2	100,0
	% Total	25,0	39,8	42,7	43,6	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	19	8	2	29
	% Faixa	0,0	65,5	27,6	6,9	100,0
	% Total	0,0	6,4	3,4	5,1	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	1	20	8	0	29
	% Faixa	3,4	69,0	27,6	0,0	100,0
	% Total	25,0	6,7	3,4	0,0	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	11	8	0	20
	% Faixa	0,0	55,0	40,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	3,7	3,4	0,0	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	13	5	0	18
	% Faixa	0,0	72,2	27,8	0,0	100,0
	% Total	0,0	4,3	2,1	0,0	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	9	1	0	10
	% Faixa	0,0	90,0	10,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	3,0	0,4	0,0	1,7
Total	Qtd	4	299	234	39	577
	% Faixa	0,7	51,8	40,6	6,8	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

N: Não responderam / NSA: Não Se Aplica



Quadro 63 – A Secretaria de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Sim</b>	<b>Em termos</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	2	57	59	116	234
	% Faixa	0,9	24,4	25,2	49,6	100,0
	% Total	50,0	37,5	34,3	46,8	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	2	58	77	100	237
	% Faixa	0,8	24,5	32,5	42,2	100,0
	% Total	50,0	38,2	44,8	40,3	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	7	9	13	29
	% Faixa	0,0	24,1	31,0	44,8	100,0
	% Total	0,0	4,6	5,2	5,2	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	0	8	12	9	29
	% Faixa	0,0	27,6	41,4	31,0	100,0
	% Total	0,0	5,3	7,0	3,6	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	7	5	7	20
	% Faixa	0,0	35,0	25,0	35,0	100,0
	% Total	0,0	4,6	2,9	2,8	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	10	5	3	18
	% Faixa	0,0	55,6	27,8	16,7	100,0
	% Total	0,0	6,6	2,9	1,2	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	5	5	0	10
	% Faixa	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	3,3	2,9	0,0	1,7
Total	Qtd	4	152	172	248	577
	% Faixa	0,7	26,3	29,8	43,0	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 64 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Sim</b>	<b>Em termos</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	4	145	61	22	234
	% Faixa	1,7	62,0	26,1	9,4	100,0
	% Total	40,0	45,3	34,3	33,3	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	3	121	84	28	237
	% Faixa	1,3	51,1	35,4	11,8	100,0
	% Total	30,0	37,8	47,2	42,4	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	19	7	3	29
	% Faixa	0,0	65,5	24,1	10,3	100,0
	% Total	0,0	5,9	3,9	4,5	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	1	16	8	4	29
	% Faixa	3,4	55,2	27,6	13,8	100,0
	% Total	10,0	5,0	4,5	6,1	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	2	7	8	3	20
	% Faixa	10,0	35,0	40,0	15,0	100,0
	% Total	20,0	2,2	4,5	4,5	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	7	7	4	18
	% Faixa	0,0	38,9	38,9	22,2	100,0
	% Total	0,0	2,2	3,9	6,1	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	5	3	2	10
	% Faixa	0,0	50,0	30,0	20,0	100,0
	% Total	0,0	1,6	1,7	3,0	1,7
Total	Qtd	10	320	178	66	577
	% Faixa	1,7	55,5	30,8	11,4	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 65 – A Secretaria de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Sim</b>	<b>Em termos</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	3	116	61	51	234
	% Faixa	1,3	49,6	26,1	21,8	100,0
	% Total	60,0	47,7	29,5	44,7	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	1	82	107	45	237
	% Faixa	0,4	34,6	45,1	19,0	100,0
	% Total	20,0	33,7	51,7	39,5	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	14	11	4	29
	% Faixa	0,0	48,3	37,9	13,8	100,0
	% Total	0,0	5,8	5,3	3,5	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	1	16	8	4	29
	% Faixa	3,4	55,2	27,6	13,8	100,0
	% Total	20,0	6,6	3,9	3,5	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	6	10	3	20
	% Faixa	0,0	30,0	50,0	15,0	100,0
	% Total	0,0	2,5	4,8	2,6	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	5	6	5	18
	% Faixa	0,0	27,8	33,3	27,8	100,0
	% Total	0,0	2,1	2,9	4,4	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	4	4	2	10
	% Faixa	0,0	40,0	40,0	20,0	100,0
	% Total	0,0	1,6	1,9	1,8	1,7
Total	Qtd	5	243	207	114	577
	% Faixa	0,9	42,1	35,9	19,8	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 66 – A Secretaria de Saúde realiza a análise e monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de saúde de outros municípios?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Não</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	2	38	59	31	61	20	19	234
	% Faixa	0,9	16,2	25,2	13,2	26,1	8,5	8,1	100,0
	% Total	28,6	43,7	37,1	47,0	43,9	27,0	52,8	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	2	38	72	23	54	36	10	237
	% Faixa	0,8	16,0	30,4	9,7	22,8	15,2	4,2	100,0
	% Total	28,6	43,7	45,3	34,8	38,8	48,6	27,8	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	3	7	5	8	3	2	29
	% Faixa	0,0	10,3	24,1	17,2	27,6	10,3	6,9	100,0
	% Total	0,0	3,4	4,4	7,6	5,8	4,1	5,6	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	2	0	8	3	8	6	2	29
	% Faixa	6,9	0,0	27,6	10,3	27,6	20,7	6,9	100,0
	% Total	28,6	0,0	5,0	4,5	5,8	8,1	5,6	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	4	7	3	1	4	0	20
	% Faixa	0,0	20,0	35,0	15,0	5,0	20,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	4,6	4,4	4,5	0,7	5,4	0,0	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	1	4	3	1	4	2	2	18
	% Faixa	5,6	22,2	16,7	5,6	22,2	11,1	11,1	100,0
	% Total	14,3	4,6	1,9	1,5	2,9	2,7	5,6	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	0	3	0	3	3	1	10
	% Faixa	0,0	0,0	30,0	0,0	30,0	30,0	10,0	100,0
	% Total	0,0	0,0	1,9	0,0	2,2	4,1	2,8	1,7
Total	Qtd	7	87	159	66	139	74	36	577
	% Faixa	1,2	15,1	27,6	11,4	24,1	12,8	6,2	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A: Sim, eventualmente ou em períodos irregulares

B: Sim,, semanalmente

C: Sim, mensalmente=

D: Sim, trimestralmente ou semestralmente

E: Sim, anualmente

Quadro 67 – Existe algum serviço governamental de Ouvidoria (ou de recebimento e registro de queixas, reclamações do público etc.) em funcionamento atualmente, em seu município?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>NSA</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	3	10	38	26	157	234
	% Faixa	1,3	4,3	16,2	11,1	67,1	100,0
	% Total	50,0	71,4	24,5	35,1	47,9	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	1	3	53	23	157	237
	% Faixa	0,4	1,3	22,4	9,7	66,2	100,0
	% Total	16,7	21,4	34,2	31,1	47,9	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	0	9	10	10	29
	% Faixa	0,0	0,0	31,0	34,5	34,5	100,0
	% Total	0,0	0,0	5,8	13,5	3,0	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	1	0	19	7	2	29
	% Faixa	3,4	0,0	65,5	24,1	6,9	100,0
	% Total	16,7	0,0	12,3	9,5	0,6	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	1	12	6	1	20
	% Faixa	0,0	5,0	60,0	30,0	5,0	100,0
	% Total	0,0	7,1	7,7	8,1	0,3	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	1	0	14	2	1	18
	% Faixa	5,6	0,0	77,8	11,1	5,6	100,0
	% Total	16,7	0,0	9,0	2,7	0,3	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	0	10	0	0	10
	% Faixa	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0	1,7
Total	Qtd	6	14	155	74	328	577
	% Faixa	1,0	2,4	26,9	12,8	56,8	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A: Sim, específico para a Saúde:

B: Sim, para toda a Prefeitura=

Quadro 68 – Existe algum serviço próprio de Auditoria, Regulação e Controle na Secretaria de Saúde?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>NSA</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	3	11	64	156	234
	% Faixa	1,3	4,7	27,4	66,7	100,0
	% Total	27,3	57,9	25,7	52,3	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	3	8	92	134	237
	% Faixa	1,3	3,4	38,8	56,5	100,0
	% Total	27,3	42,1	36,9	45,0	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	0	24	5	29
	% Faixa	0,0	0,0	82,8	17,2	100,0
	% Total	0,0	0,0	9,6	1,7	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	3	0	24	2	29
	% Faixa	10,3	0,0	82,8	6,9	100,0
	% Total	27,3	0,0	9,6	0,7	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	1	0	18	1	20
	% Faixa	5,0	0,0	90,0	5,0	100,0
	% Total	9,1	0,0	7,2	0,3	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	1	0	17	0	18
	% Faixa	5,6	0,0	94,4	0,0	100,0
	% Total	9,1	0,0	6,8	0,0	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	0	10	0	10
	% Faixa	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	0,0	4,0	0,0	1,7
Total	Qtd	11	19	249	298	577
	% Faixa	1,9	3,3	43,2	51,6	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 69 – A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>Sim</b>	<b>Em termos</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	4	22	58	135	234
	% Faixa	1,7	9,4	24,8	57,7	100,0
	% Total	57,1	25,3	34,7	48,0	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	2	25	72	122	237
	% Faixa	0,8	10,5	30,4	51,5	100,0
	% Total	28,6	28,7	43,1	43,4	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	6	11	12	29
	% Faixa	0,0	20,7	37,9	41,4	100,0
	% Total	0,0	6,9	6,6	4,3	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	1	13	9	6	29
	% Faixa	3,4	44,8	31,0	20,7	100,0
	% Total	14,3	14,9	5,4	2,1	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	7	8	3	20
	% Faixa	0,0	35,0	40,0	15,0	100,0
	% Total	0,0	8,0	4,8	1,1	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	5	8	3	18
	% Faixa	0,0	27,8	44,4	16,7	100,0
	% Total	0,0	5,7	4,8	1,1	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	9	1	0	10
	% Faixa	0,0	90,0	10,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	10,3	0,6	0,0	1,7
Total	Qtd	7	87	167	281	577
	% Faixa	1,2	15,1	28,9	48,7	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quadro 70 – O município possui um “Plano Municipal de Saúde” elaborado pela gestão atual?

<b>FAIXAS POP. (habitantes)</b>	<b>Tipo</b>	<b>NR</b>	<b>NSA</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>Não</b>	<b>TOTAL</b>
Até 10,000	Qtd	3	1	121	59	50	234
	% Faixa	1,3	0,4	51,7	25,2	21,4	100,0
	% Total	50,0	33,3	37,8	42,4	45,9	40,6
De 10,001 a 50,000	Qtd	1	1	135	57	43	237
	% Faixa	0,4	0,4	57,0	24,1	18,1	100,0
	% Total	16,7	33,3	42,2	41,0	39,4	41,1
Mais de 50,001 e menos de 100,000	Qtd	0	0	19	6	4	29
	% Faixa	0,0	0,0	65,5	20,7	13,8	100,0
	% Total	0,0	0,0	5,9	4,3	3,7	5,0
Mais de 100,001 e menos de 250,000	Qtd	2	1	14	6	6	29
	% Faixa	6,9	3,4	48,3	20,7	20,7	100,0
	% Total	33,3	33,3	4,4	4,3	5,5	5,0
Mais de 250,001 e menos de 500,000	Qtd	0	0	13	4	3	20
	% Faixa	0,0	0,0	65,0	20,0	15,0	100,0
	% Total	0,0	0,0	4,1	2,9	2,8	3,5
De 500,001 a 1,000,000	Qtd	0	0	12	3	3	18
	% Faixa	0,0	0,0	66,7	16,7	16,7	100,0
	% Total	0,0	0,0	3,8	2,2	2,8	3,1
Mais de 1.000.000	Qtd	0	0	6	4	0	10
	% Faixa	0,0	0,0	60,0	40,0	0,0	100,0
	% Total	0,0	0,0	1,9	2,9	0,0	1,7
Total	Qtd	6	3	320	139	109	577
	% Faixa	1,0	0,5	55,5	24,1	18,9	100,0
	% Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A: Sim, já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

B: Sim; ainda não aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

















## APÊNDICE B – Questionário para dirigentes de Secretarias Municipais de Saúde

### INFORMAÇÕES GERAIS

**1) Por favor, escreva ao lado, o nome do seu município:**

**2) Por favor, escreva ao lado, o nome do estado onde está localizado o seu município:**

**3) Assinale ao lado, a faixa populacional na qual se insere o seu município?**

Até 10.000 habitantes

De 10.001 a 50.000 habitantes

Mais de 50.001 e menos de 100.000 habitantes

Mais de 100.001 e menos de 250.000 habitantes

Mais de 250.001 e menos de 500.000 habitantes

De 500.001 a 1.000.000 de habitantes

Mais de 1.000.000 de habitantes

**4) O(A) sr(a). exerce atualmente o cargo de Secretário(a) Municipal de Saúde?**

Se a resposta for positiva, não é necessário responder à próxima questão

Sim

Não

**5) Se o(a) sr(a). NÃO EXERCE o cargo de Secretário(a) Municipal de Saúde, qual o cargo e/ou função que exerce atualmente na Sec. de Saúde?** Descrever de forma resumida

**6) Na sua condição de dirigente municipal, que tipos de dados e/ou informações o (a) Sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento da GESTÃO na Sec. Saúde de seu município?**

Dados e informações sobre a gestão que devem ser analisados sistematicamente

**7) Em sua mesa de trabalho, o(a) sr(a). dispõe efetivamente dos dados e informações que define como imprescindíveis para o monitoramento sistemático da gestão em sua Sec.de Saúde?**

Sim; disponho de todos os dados e informações imprescindíveis

Em termos; disponho somente de alguns dos dados e informações imprescindíveis

Não disponho dos dados e informações imprescindíveis

### SITUAÇÃO DE SAÚDE E DEMANDAS DE SERVIÇOS

**8) A Secretaria de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de Saúde da população?**

Setor, serviço ou funcionários capacitados para realizar levantamentos, diagnósticos ou estudos populacionais no município etc. Ex. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Salas de Situação etc.

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**9) A Sec. de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?**

Ex. Boletins epidemiológicos, sites, revistas etc.

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei



Prefiro não responder

**10) A Sec. de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Atenção Básica à Saúde?**

Monitoramento regular e periódico com dados e informações sobre as pessoas que buscam espontaneamente os serviços de Atenção Básica (PSF etc.)

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**11) A Sec. de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?**

Monitoramento regular e periódico de pessoas que buscam espontaneamente ou são encaminhados para serviços hospitalares, ambulatorios de especialidades, serviços de alto custo (apoio diagnóstico, assistência etc.) etc.

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**12) A Sec. de Saúde realiza a análise e monitoramento das demandas encaminhadas de ou para serviços de Saúde de outros municípios?**

Sim; semestralmente

Sim; mensalmente

Sim; trimestralmente ou semestralmente

Sim; anualmente

Sim; eventualmente ou em períodos irregulares

Não

Não se aplica, pois o meu município não encaminha e nem recebe encaminhamentos de outros municípios

Não sei

Prefiro não responder

**13) Existe algum serviço governamental de Ouvidoria (ou de recebimento e registro de queixas, reclamações do público etc.) em funcionamento atualmente, em seu município?**

Sim; específico para a Saúde

Sim; para toda a Prefeitura

Não

Não sei

Prefiro não responder

**14) Existe algum serviço estruturado de Auditoria, Controle e Regulação, na Sec. de Saúde?**

Sim

Não

Não sei

Prefiro não responder

**15) A Prefeitura Municipal possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?**

Ex. catástrofes, situações de crise institucional etc.

Sim

Em termos; não se trata de um "gabinete de crise"; mas existem pessoas treinadas para atuar em situações de crise

Não

Não sei ou Prefiro não responder

#### PLANOS E PROGRAMAÇÕES

#### 16) O município possui um “Plano Municipal de Saúde” elaborado pela gestão atual? :

Sim; já aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

Sim; ainda não aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde

Ainda não

#### 17) Na Sec.de Saúde é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual etc.)? :

Se a resposta for negativa, passar direto para a questão 19

Sim

Em termos; de forma improvisada ou assistemática

Não

Não sei

Prefiro não responder

#### 18) Por favor, selecione quais os principais instrumentos de monitoramento dos planos de gestão utilizados em sua Sec. de Saúde:

“Poderá selecionar mais de uma opção”

<input type="checkbox"/>	Painel de indicadores
<input type="checkbox"/>	Relatórios de avaliação
<input type="checkbox"/>	Outros instrumentos
<input type="checkbox"/>	Não sei ou Prefiro não responder

#### 19) Na sua opinião, como o(a) sr(a) classifica a utilidade prática dos Relatórios de Gestão elaborados na sua Sec. de Saúde?

Considerada também, a sua opinião sobre a utilização prática destes relatórios municipais por parte da Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde

Muito útil

Medianamente útil

Pouco útil

Sem utilidade

Não sei

Prefiro não responder

#### 20) No último Relatório de Gestão da SMS constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Municipal de Saúde” vigente? : Relatório de Gestão referente ao período anterior a 2009.

Sim

Não consta

Em termos (constam informações; mas não indicadores)

Não se aplica, pois a Sec. De Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008.

Não sei

Prefiro não responder

#### 21) No último Plano Municipal de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Municipal de Saúde?

Sim

Não consta

Em termos (constam informações; mas não indicadores)

Não se aplica, pois a Sec. De Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008.

Não sei

Prefiro não responder

#### RECURSOS

**23) A Prefeitura ou Sec. de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação de fontes e captação de recursos de investimentos?**

Estrutura, setor ou funcionários capacitados para a elaboração de projetos para a captação de recursos

Sim

Ainda Não

Em termos; existem pessoas que fazem este trabalho; mas não de forma regular

Não sei

Não sei

Prefiro não responder

**24) A Sec. de Saúde realiza a análise e monitoramento de seus próprios custos?**

(pagamento de pessoal, transportes, medicamentos, testes laboratoriais etc.)

Sim; a própria Sec. de Saúde faz o monitoramento de custos de forma regular e periódica

Sim; a própria Sec. de Saúde faz o monitoramento de custo; porém NÃO de forma regular e periódica

Não; mas outro setor da Prefeitura faz este monitoramento (ex. Sec. de Fazenda)

Não sei

Prefiro não responde

#### PROCESSO DE TRABALHO

**25) Número de servidores que trabalham EXCLUSIVAMENTE com Monitoramento e Avaliação da gestão do SUS em sua Sec. de Saúde?**

Nenhum

De 2 a 5

De 6 a 10

Mais de 10

Não sei

Prefiro não responder

**26) Na sua Secretaria de Saúde os resultados do monitoramento e avaliação são utilizados para reorganizar o processo de trabalho?**

Sim; de forma sistemática

Em termos; de forma improvisada ou assistemática

Não

Não sei

Prefiro não responder

**27) Do seu ponto de vista, quais os benefícios para o município em estruturar processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS?**

**28) Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades de sua Secretaria de Saúde para desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS?**

**29) Em sua opinião, quais são as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS em sua Sec de Saúde?**

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

**30) Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Sec. de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento local e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais?**

*“Poderá assinalar mais de uma opção”*

	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)
	Sistemas de Informações de Atenção Básica (SIAB)
	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)
	Sistema de Informações de Gerenciamento de Informações Locais (GIL)
	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB)
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)
	Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS (SGIF)
	Sistema de Centrais de Regulação (SISREG)
	Outros Sistemas de Informação federais não listados acima
	Outros Sistemas de Informação estaduais
	Outros Sistemas de Informação desenvolvidos ou adquiridos pela Prefeitura
	Nenhum dos Sistemas de Informação são monitorados na Sec. de Saúde
	Não sei ou Prefiro não responder

**31) Em que espaços institucionais são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Secretaria de Saúde?**

	Conselho Municipal de Saúde
	Câmara de Vereadores
	Comissão Intergestores Bipartite (regional ou estadual)
	Outros
	Nenhum outro espaço
	Não sei ou Prefiro não responder

**32) Como a Secretaria de Saúde comunica as informações do SUS para a população em geral?**

	Rádio(s)
	Folhetos
	Jornal
	Televisão
	Outros
	Não possuímos processo de comunicação de informações do SUS para a população
	Não sei ou Prefiro não responder

## APÊNDICE C – Questionário para dirigentes de Secretarias Estaduais de Saúde

### DADOS PESSOAIS

- 1) **Nome do respondente:**
- 2) **Estado:**  
Secretaria Estadual de Saúde
- 3) **Qual o cargo que o (a) Sr (a). ocupa atualmente na Secretaria Estadual de Saúde (SES)?**  
Descrever de forma resumida

### INFORMAÇÕES GERAIS

- 4) **O estado possui um “Plano Estadual de Saúde” elaborado pela gestão atual?**  
  
Sim; já aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde  
Sim; ainda não aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde  
Ainda não  
Não sei  
Prefiro não responder
- 5) **Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum (us) indicador (es) para o monitoramento da gestão estadual em Saúde?**  
Cálculo e análise de indicadores específicos para o monitoramento da gestão  
  
Sim  
Não  
Não se aplica
- 6) **Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, descreva abaixo algum (ns) indicador (es) utilizados:**
- 7) **Existe algum espaço institucional extra-setorial em âmbito estadual, que monitore de forma contínua e sistemática, as ações e serviços, programas e políticas de Saúde da gestão da SES?**  
Espaço institucional, estrutura, órgão ou setor governamental  
  
Sim  
Não  
Não sei  
Prefiro não responder
- 8) **Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, especifique qual (is) espaço(s) institucional (is):**
- 9) **A SES realiza, de forma sistemática, algum tipo de monitoramento de dados e informações sobre a gestão MUNICIPAL de Saúde?**  
Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde do estado  
  
Sim  
Não  
Em termos
- 10) **Se a resposta anterior for positiva, a SES definiu e/ou utiliza algum(us) indicador(es) para o monitoramento e avaliação da gestão MUNICIPAL em Saúde?**  
Cálculo e análise de indicadores específicos para o monitoramento da gestão  
  
Sim  
Não

Não se aplica

- 11) Em caso de resposta positiva na questão anterior, por favor, descreva abaixo algum(ns) indicadores utilizados:**

Monitoramento da gestão municipal

- 12) Na sua condição de dirigente estadual de Saúde, que tipos de dados e/ou informações o (a) Sr(a). considera imprescindíveis para o monitoramento da GESTÃO na Sec. Saúde de seu estado?**

Dados e informações sobre a gestão que devem ser analisados sistematicamente

- 13) Se for o caso, em qual(is) espaço(s) institucional(is) são utilizados os resultados do processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS realizados pela Sec. de Saúde? :**

Para assinalar **mais de uma opção**, clique ao mesmo tempo a tecla “CTRL”

Conselho Estadual de Saúde

Assembléia Legislativa

Comissão Intergestores Bipartite

Colegiado de Gestão Regional

Outro

Nenhum outro espaço

Não sei ou Prefiro não responder

- 14) Em sua opinião, quais seriam as principais dificuldades para o desenvolvimento de processos para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS em sua Sec de Saúde?**

- 15) Do seu ponto de vista, quais seriam as potencialidades para a Sec. de Saúde desenvolver processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS?**

- 16) A Sec. de Saúde possui atualmente alguma estratégia ou modalidade organizativa orientada especificamente para a identificação de fontes e captação de recursos de investimentos?**

Estrutura, setor ou funcionários capacitados para a elaboração de projetos para a captação de recursos

Sim

Ainda Não

Em termos; existem pessoas que fazem este trabalho; mas não de forma regular

Não sei

Prefiro não responder

- 17) A Sec. de Saúde possui atualmente alguma estrutura, estratégia ou dispositivo com capacidade efetiva para a identificação e análise, contínua e sistemática, da situação de Saúde da população?**

Setor, serviço ou funcionários capacitados para realizar levantamentos, diagnósticos ou estudos populacionais no município etc. Ex. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Salas de Situação etc.

Sim

Não

Em termos, possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não se aplica

- 18) Quais dentre os Sistemas de Informações, listados abaixo, a Sec. de Saúde utiliza regularmente para realizar o monitoramento e como auxílio no processo de tomada de decisões governamentais?**

Para assinalar **mais de uma opção**, clique ao mesmo tempo a tecla “CTRL

	Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)
	Sistemas de Informações de Atenção Básica (SIAB)
	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)
	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)
	Sistema de Informações de Gerenciamento de Informações Locais (GIL)

	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
	Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar (HOSPUB)
	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS)
	Sistema de Gestão de Informações Financeiras do SUS (SGIF)
	Sistema de Centrais de Regulação (SISREG)
	Outros Sistemas de Informação federais não listados acima
	Outros Sistemas de Informação estaduais
	Outros Sistemas de Informação desenvolvidos ou adquiridos
	Nenhum dos Sistemas de Informação é monitorado na Sec. de Saúde
	Não sei ou Prefiro não responder

**19) A Sec. de Saúde produz e publica algum informativo epidemiológico de forma regular e periódica?**

Ex. Boletins epidemiológicos, sites, revistas etc.

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**20) A Sec. de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os serviços de Atenção Básica à Saúde do estado?**

Monitoramento regular e periódico com dados e informações sobre as pessoas que buscam espontaneamente os serviços de Atenção Básica (PSF etc.)

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**21) A Sec. de Saúde possui dados e informações detalhadas sobre o perfil da demanda de usuários para os seus serviços de Saúde de Média e Alta Complexidades?**

Monitoramento regular e periódico de pessoas que buscam espontaneamente ou são encaminhados para serviços hospitalares, ambulatoriais de especialidades, serviços de alto custo (apoio diagnóstico, assistência etc.) etc.

Sim

Em termos; possui algumas iniciativas eventuais ou esporádicas

Não

Não sei

Prefiro não responder

**22) A SES adota e/ou utiliza algum sistema, programa ou protocolo para controle de custos (controle e redução de gastos, de desperdícios etc.)?**

Sim

Não

Em termos

Não se aplica

**23) A Secretaria Estadual de Saúde possui algum gabinete, grupo ou profissionais capacitados e treinados especificamente para a condução ou gerenciamento de situações de crise?**

Ex. catástrofes, situações de crise institucional etc.

Sim

Em termos; não se trata de um “gabinete de crise”, mas existem pessoas treinadas para atuar em situação de crise.

Não

Não sei

Prefiro não responder

- 24) Na SES é utilizada alguma modalidade ou algum instrumento de avaliação e monitoramento sobre a aplicação e consecução dos objetivos e/ou recursos planejados formalmente (Plano Estadual de Saúde, Plano Plurianual etc.)?**

Sim

Ainda Não

Em termos; de forma improvisada ou assistemática.

Não sei

Prefiro não responder

- 25) No último Plano Estadual de Saúde constam indicadores relativos ao cumprimento das deliberações e/ou diretrizes estabelecidas na última Conferência Estadual de Saúde?**

Sim

Não consta

Em termos (constam informações; mas não indicadores)

Não se aplica, pois a Sec. De Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008.

Não sei

Prefiro não responder

- 26) No último Relatório de Gestão da SES constam indicadores relativos ao cumprimento de diretrizes estabelecidas no respectivo “Plano Estadual de Saúde” vigente? :**

Relatório de Gestão referente ao período anterior a 2009.

Sim

Não consta

Em termos (constam informações; mas não indicadores)

Não se aplica, pois a Sec. De Saúde ainda não preparou o relatório de Gestão de 2008.

Não sei

Prefiro não responder

- 27) Na sua opinião, como o(a) sr(a) classifica a utilidade prática dos Relatórios de Gestão elaborados na sua Sec. de Saúde?**

Considerada também, a sua opinião sobre a utilização prática destes relatórios municipais por parte da Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde



## APÊNDICE D – Roteiro do Grupo Focal

### Identificação

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010

- 1- Por favor, façam uma descrição e análise dos processos e práticas do monitoramento e avaliação da gestão da Secretaria Estadual de Saúde.
- 2- Se for o caso, como ocorre o monitoramento e a avaliação da gestão das SES, realizado por órgãos e outros setores da administração pública estadual?
- 3- Há algum sistema ou algum mecanismo formal e informal de cobrança, prestação de contas, cobrança por desempenho nas secretarias estaduais de saúde ou no governo estadual ?
- 4- Existe na secretaria algum setor ou setores, pessoas especificamente treinadas pra lidar e conduzir com situações de crise?
- 5- Como o Sr.(a) avalia os graus de qualidade e monitoramento da gestão realizado pelos municípios? O que pode ser feito para melhorar este monitoramento?
- 6- Existe alguma locação de recurso para reforçar essas questões que tão identificando como fragilidades

## APÊNDICE E – Termo de consentimento, livre e esclarecido, assinado pelos participantes do Grupo Focal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
 FACULDADE DE MEDICINA  
 DEPTO. DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
 Rua Professor Costa Mendes, nº 1608 5º andar Bairro Rodolfo Teófilo CEP 60430-140, fone: (85) 33668045

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

### Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: “Processos e Práticas de Avaliação e Monitoramento da Gestão Governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde”

Pesquisador Responsável: Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti

Orientador: Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

A pesquisa tem por objetivo analisar informações, opiniões e discursos acerca de processos e práticas de avaliação e monitoramento da gestão governamental em Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. A coleta de dados e informações será realizada por meio da aplicação de questionários via *Internet* e da técnica de Grupo focal. O grupo focal será realizado durante encontro com dirigentes governamentais em Brasília-DF, sendo gravado para melhor organizar as informações, porém não serão identificados os nomes dos participantes.

Com estas informações, após leitura desse documento e estando de acordo com sua participação na pesquisa, solicitamos que assine os termos de sua aceitação para participar da referida pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. a sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. que você não ficará exposto a nenhum risco ou problema; 3. a identificação de todos os envolvidos deverá ser mantido em segredo; 4. que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer problema para você; 5. deverá ser permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 6. somente depois de ter entendido o que foi explicado deverá assinar este documento.

Em caso de dúvida, o(a) sr(a). poderá falar com o responsável pela pesquisa, Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti. Para informar qualquer questionamento durante a sua participação na pesquisa, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Telefone (85) 33668338.

O abaixo- assinado, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, anos, RG no. \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e que após a sua leitura, tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda esta recebendo uma cópia assinada deste Termo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Pesquisador	Data	Assinatura
Caio Garcia Correia Sá Cavalcanti		

Assinatura do responsável pela aplicação do TCLE

**APÊNDICE F – Relação de Secretarias Municipais de Saúde incluídas na amostra**

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>ESTADO</b>
1. CRUZEIRO DO SUL	Acre
2. PORTO WALTER	Acre
3. RIO BRANCO	Acre
4. ARAPIRACA	Alagoas
5. CACIMBINHAS	Alagoas
6. CAPELA	Alagoas
7. IGACI	Alagoas
8. MACEIÓ	Alagoas
9. MAJOR IZIDORO	Alagoas
10. MARAVILHA	Alagoas
11. PINDOBA	Alagoas
12. QUEBRANGULO	Alagoas
13. SÃO SEBASTIÃO	Alagoas
14. LARANJAL DO JARI	Amapá
15. LARANJAL DO JARI	Amapá
16. MACAPÁ	Amapá
17. AMATURA	Amazonas
18. BOA VISTA DO RAMOS	Amazonas
19. BOCA DO ACRE	Amazonas
20. BORBA	Amazonas
21. FONTE BOA	Amazonas
22. JUTAÍ	Amazonas
23. MANAUS	Amazonas
24. PARINTINS	Amazonas
25. ABARÉ	Bahia
26. CALDAS DE CIPÓ	Bahia
27. CAMPO ALEGRE DE LOURDES	Bahia
28. CANSANCAO	Bahia
29. CAPIM GROSSO	Bahia
30. CASTRO ALVES	Bahia
31. CATU	Bahia
32. CHORROCHÓ	Bahia
33. ELÍSIO MEDRADO	Bahia
34. ENCRUZILHADA	Bahia
35. FEIRA DE SANTANA	Bahia
36. FLORESTA AZUL	Bahia
37. GAVIÃO	Bahia
38. GUANAMBI	Bahia
39. IGUAI	Bahia
40. IRAMAIA	Bahia
41. IRAQUARA	Bahia
42. ITANHEM	Bahia
43. ITAPEBI	Bahia
44. ITAPETINGA	Bahia
45. ITARANTIM	Bahia
46. JITAUNA	Bahia
47. LAGOA REAL	Bahia
48. LAURO DE FREITAS	Bahia
49. MADRE DE DEUS	Bahia
50. MUCUGÊ	Bahia
51. MUTUÍPE	Bahia
52. NOVA CANAA	Bahia
53. PAU BRASIL	Bahia
54. PAULO AFONSO	Bahia
55. PORTO SEGURO	Bahia

56.	POTIRAGUÁ	Bahia
57.	PRESIDENTE DUTRA	Bahia
58.	RIO REAL	Bahia
59.	SALINAS DA MARGARIDA	Bahia
60.	SALVADOR	Bahia
61.	SANTA CRUZ CABRÁLIA	Bahia
62.	SAO SEBASTIAO DO PASSE	Bahia
63.	SÃO FELIX DO CORIBE	Bahia
64.	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	Bahia
65.	UMBURANAS	Bahia
66.	WAGNER	Bahia
67.	ALTO SANTO	Ceará
68.	ARACATI	Ceará
69.	ARARENDÁ	Ceará
70.	CAMPOS SALES	Ceará
71.	CATARINA	Ceará
72.	FORTALEZA	Ceará
73.	GRANJA	Ceará
74.	GROAÍRAS	Ceará
75.	GUARAMIRANGA	Ceará
76.	IGUATU	Ceará
77.	ITAPIUNA	Ceará
78.	JUAZEIRO DO NORTE	Ceará
79.	MARACANAÚ	Ceará
80.	MARCO	Ceará
81.	MASSAPÊ	Ceará
82.	PACAJUS	Ceará
83.	PARAMBU	Ceará
84.	PENAFORTE	Ceará
85.	PIQUET CARNEIRO	Ceará
86.	SALITRE	Ceará
87.	SOBRAL	Ceará
88.	SÃO BENEDITO	Ceará
89.	TABULEIRO DO NORTE	Ceará
90.	TIANGUÁ	Ceará
91.	AFONSO CLÁUDIO	Espírito Santo
92.	CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	Espírito Santo
93.	CARIACICA	Espírito Santo
94.	IBATIBA	Espírito Santo
95.	MANTENÓPOLIS	Espírito Santo
96.	SÃO ROQUE DO CANAÃ	Espírito Santo
97.	VILA VELHA	Espírito Santo
98.	VITÓRIA	Espírito Santo
99.	ÁGUIA BRANCA	Espírito Santo
100.	ANHANGUERA	Goiás
101.	APORE	Goiás
102.	BELA VISTA DE GOIÁS	Goiás
103.	BURITI ALEGRE	Goiás
104.	CHAPADÃO DO CÉU	Goiás
105.	CRISTIANOPOLIS	Goiás
106.	CÓRREGO DO OURO	Goiás
107.	DAMOLANDIA	Goiás
108.	GOIATUBA	Goiás
109.	GOIÂNIA	Goiás
110.	IPORÁ	Goiás
111.	MINAÇU	Goiás
112.	MUNDO NOVO	Goiás
113.	NOVA AMÉRICA	Goiás

114.	NOVO BRASIL	Goiás
115.	PETROLINA DE GOIAS	Goiás
116.	PIRANHAS	Goiás
117.	PORANGATU	Goiás
118.	SANTA FE DE GOIAS	Goiás
119.	SANTO ANTONIO DO DESCOBERTO	Goiás
120.	SILVÂNIA	Goiás
121.	SIMOLÂNIDA	Goiás
122.	SÍTIO D`ABADIA	Goiás
123.	SÃO JOÃO D´ALIANÇA	Goiás
124.	SÃO LUIZ DO NORTE	Goiás
125.	TERESINA DE GOIÁS	Goiás
126.	URUANA	Goiás
127.	ÁGUA LIMPA	Goiás
128.	ARAGUANÃ	Maranhão
129.	AXIXÁ	Maranhão
130.	BARÃO DE GRAJAÚ	Maranhão
131.	CAROLINA	Maranhão
132.	CARUTAPERA	Maranhão
133.	COLINAS	Maranhão
134.	ESPERANTINOPOLIS	Maranhão
135.	GONÇALVES DIAS	Maranhão
136.	IMPERATRIZ	Maranhão
137.	LAGO VERDE	Maranhão
138.	MARAJA DO SENA	Maranhão
139.	MIRADOR	Maranhão
140.	OLHO DAGUA DAS CUNHAS	Maranhão
141.	ROSÁRIO	Maranhão
142.	SAMBAÍBA	Maranhão
143.	SANTA QUITERIA DO MARANHÃO	Maranhão
144.	SAO FRANCISCO DO MARANHAO	Maranhão
145.	SAO LUIS GONZAGA DO MARANHAO	Maranhão
146.	SATUBINHA	Maranhão
147.	SÃO BERNARDO	Maranhão
148.	SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO	Maranhão
149.	SÃO LUIS	Maranhão
150.	SÍTIO NOVO	Maranhão
151.	TRIZIDELA DO VALE	Maranhão
152.	ARAGUAIANA	Mato Grosso
153.	BARRA DO BUGRES	Mato Grosso
154.	BRASNORTE	Mato Grosso
155.	CABO VERDE	Mato Grosso
156.	CUIABÁ	Mato Grosso
157.	NOVA BANDEIRANTES	Mato Grosso
158.	NOVA LACERDA	Mato Grosso
159.	NOVA XAVANTINA	Mato Grosso
160.	QUERÊNCIA	Mato Grosso
161.	RESERVA DO CABAÇAL	Mato Grosso
162.	SAO JOSE DO XINGU	Mato Grosso
163.	SORRISO	Mato Grosso
164.	AMAMBAI	Mato Grosso do Sul
165.	AQUIDAUANA	Mato Grosso do Sul
166.	BATAGUASSU	Mato Grosso do Sul
167.	CAARAPÓ	Mato Grosso do Sul
168.	CAMPO GRANDE	Mato Grosso do Sul
169.	DEODAPOLIS	Mato Grosso do Sul
170.	DOIS IRMÃOS DO BURITI	Mato Grosso do Sul
171.	DOURADOS	Mato Grosso do Sul

172.	JARAGUARI	Mato Grosso do Sul
173.	TRES LAGOAS	Mato Grosso do Sul
174.	ALFREDO VASCONCELOS	Minas Gerais
175.	ALPINÓPOLIS	Minas Gerais
176.	ARCOS	Minas Gerais
177.	BELO VALE	Minas Gerais
178.	BETIM	Minas Gerais
179.	CAJURI	Minas Gerais
180.	CANDEIAS	Minas Gerais
181.	CAPARAÓ	Minas Gerais
182.	CAPITOLIO	Minas Gerais
183.	CARNEIRINHO MG	Minas Gerais
184.	COLUNA	Minas Gerais
185.	CONCEIÇÃO DO PARA	Minas Gerais
186.	CONTAGEM	Minas Gerais
187.	COROACI	Minas Gerais
188.	CORONEL PACHECO	Minas Gerais
189.	DIVINÓPOLIS	Minas Gerais
190.	DOURADOQUARA	Minas Gerais
191.	EUGENÓPOLIS	Minas Gerais
192.	FELISBURGO	Minas Gerais
193.	FELIXLÂNDIA	Minas Gerais
194.	FERROS	Minas Gerais
195.	GONÇALVES	Minas Gerais
196.	GUAPÉ	Minas Gerais
197.	IGARAPE	Minas Gerais
198.	INHAPIM	Minas Gerais
199.	IPANEMA	Minas Gerais
200.	IPUIUNA	Minas Gerais
201.	ITAPAGIPE	Minas Gerais
202.	JACINTO	Minas Gerais
203.	JUATUBA	Minas Gerais
204.	JUIZ DE FORA	Minas Gerais
205.	LEANDRO FERREIRA	Minas Gerais
206.	MANTENA	Minas Gerais
207.	MARLIÉRIA	Minas Gerais
208.	MATHIAS LOBATO	Minas Gerais
209.	MERCÊS	Minas Gerais
210.	MONTE SIAO	Minas Gerais
211.	MONTEZUMA	Minas Gerais
212.	NATÉRCIA	Minas Gerais
213.	NOVO CRUZEIRO	Minas Gerais
214.	PASSA VINTE	Minas Gerais
215.	PEDRA DO ANTA	Minas Gerais
216.	PIEDADE DO RIO GRANDE	Minas Gerais
217.	PIEDADE DOS GERAIS	Minas Gerais
218.	PINGO D'ÁGUA	Minas Gerais
219.	PIRAPETINGA	Minas Gerais
220.	POUSO ALEGRE	Minas Gerais
221.	POUSO ALTO	Minas Gerais
222.	PRADOS	Minas Gerais
223.	PRESIDENTE KUBITSCHK	Minas Gerais
224.	PRUDENTE DE MORAIS	Minas Gerais
225.	RIO VEMELHO	Minas Gerais
226.	RIO POMBA	Minas Gerais
227.	RIO PRETO	Minas Gerais
228.	RITAPOLIS	Minas Gerais
229.	ROSÁRIO DA LIMEIRA	Minas Gerais

230.	RUBIM	Minas Gerais
231.	SANTA VITORIA	Minas Gerais
232.	SANTO ANTONIO DO RETIRO	Minas Gerais
233.	SANTO ANTÔNIO DO AVENTUREIRO	Minas Gerais
234.	SANTOS DUMONT	Minas Gerais
235.	SOBRALIA	Minas Gerais
236.	SOLEDADE DE MINAS	Minas Gerais
237.	SÃO BENTO ABADE	Minas Gerais
238.	SÃO JOSÉ DA VARGINHA	Minas Gerais
239.	SÃO PEDRO DA UNIÃO	Minas Gerais
240.	TIMÓTEO	Minas Gerais
241.	UBERLÂNDIA	Minas Gerais
242.	VARGEM ALEGRE	Minas Gerais
243.	VERMELHO NOVO	Minas Gerais
244.	VIRGEM DA LAPA	Minas Gerais
245.	ANANINDEUA	Pará
246.	BAIAO	Pará
247.	BELÉM	Pará
248.	BREJO GRANDE DO ARAGUAIA	Pará
249.	CAMETÁ	Pará
250.	COLARES	Pará
251.	FLORESTA DO ARAGUAIA	Pará
252.	GURUPÁ	Pará
253.	OURILANDIA DO NORTE	Pará
254.	SANTA MARIA DAS BARREIRAS	Pará
255.	SANTANA DO ARAGUAIA	Pará
256.	SANTARÉM	Pará
257.	APARECIDA	Paraíba
258.	BARRA DE SANTANA	Paraíba
259.	BAYEUX	Paraíba
260.	BOQUEIRAO	Paraíba
261.	CAAPORÁ	Paraíba
262.	CABEDELO	Paraíba
263.	CACHOEIRA DOS ÍNDIOS	Paraíba
264.	CAMALAÚ	Paraíba
265.	CAMPINA GRANDE	Paraíba
266.	CAPIM	Paraíba
267.	CATURITÉ	Paraíba
268.	COXIXOLA	Paraíba
269.	DAMIAO	Paraíba
270.	JURUPIRANGA	Paraíba
271.	MALTA	Paraíba
272.	MONTEIRO	Paraíba
273.	NOVA OLINDA	Paraíba
274.	PAULISTA	Paraíba
275.	PICUI	Paraíba
276.	POMBAL	Paraíba
277.	PRINCESA ISABEL	Paraíba
278.	SAO BENTO	Paraíba
279.	SERA GRANDE	Paraíba
280.	SÃO JOSÉ DO BREJO DO CRUZ	Paraíba
281.	SÃO MIGUEL DE TAIPU	Paraíba
282.	VISTA SERRANA	Paraíba
283.	ARAPONGAS	Paraná
284.	ARAPOTI	Paraná
285.	BOA ESPERANÇA DO IGUAÇI	Paraná
286.	BOA VISTA DA APARECIDA	Paraná
287.	BOCAIÚVA DO SUL	Paraná

288.	BORRAZÓPOLIS	Paraná
289.	CAFEZAL DO SUL	Paraná
290.	CAMBIRA	Paraná
291.	CONGONHINHAS	Paraná
292.	CORONEL VIVIDA	Paraná
293.	CRUZ MACHADO	Paraná
294.	CURITIBA	Paraná
295.	DOIS VIZINHOS	Paraná
296.	FOZ DO IGUAÇU	Paraná
297.	FRANCISCO ALVES	Paraná
298.	FÊNIX	Paraná
299.	GODOY MOREIRA	Paraná
300.	ITAPEJARA D'OESTE	Paraná
301.	JAPIRA	Paraná
302.	LAPA	Paraná
303.	LONDRINA	Paraná
304.	LUPIONÓPOLIS	Paraná
305.	MARILUZ	Paraná
306.	MARINGÁ	Paraná
307.	MUNHOZ DE MELLO	Paraná
308.	NOVA CANTU	Paraná
309.	NOVA LARANJEIRAS	Paraná
310.	PORECATU	Paraná
311.	PORTO VITÓRIA	Paraná
312.	RIBEIRAO DO PINHAL	Paraná
313.	ROLANDIA	Paraná
314.	SANTA ISABEL DO IVAI - PR	Paraná
315.	SANTA TEREZA DO OESTE	Paraná
316.	SAPOPEMA	Paraná
317.	SÃO CARLOS DO IVAÍ	Paraná
318.	SÃO MANOEL DO PARANÁ	Paraná
319.	TAPEJARA	Paraná
320.	TERRA ROXA	Paraná
321.	XAMBRE	Paraná
322.	AFRANIO	Pernambuco
323.	ARCOVERDE	Pernambuco
324.	CATENDE	Pernambuco
325.	CHÁ DE ALEGRIA	Pernambuco
326.	CONDADO	Pernambuco
327.	DORMENTES	Pernambuco
328.	FERREIROS	Pernambuco
329.	IBIMIRIM	Pernambuco
330.	IGUARACY	Pernambuco
331.	IPUBI	Pernambuco
332.	JABOATAO DOS GUARARAPES	Pernambuco
333.	LAGOA DO CARRO	Pernambuco
334.	LAGOA GRANDE	Pernambuco
335.	LIMOEIRO	Pernambuco
336.	MIRANDIBA	Pernambuco
337.	PAULISTA	Pernambuco
338.	PETROLANDIA	Pernambuco
339.	RECIFE	Pernambuco
340.	SALGADINHO	Pernambuco
341.	SANTA FILOMENA	Pernambuco
342.	TABIRA	Pernambuco
343.	TRIUNFO	Pernambuco
344.	ALTOS	Piauí
345.	AMARANTE	Piauí



346.	AROEIRAS DO ITAIM	Piauí
347.	ARRAIAL	Piauí
348.	BOA HORA	Piauí
349.	BRASILEIRA	Piauí
350.	CARACOL	Piauí
351.	CURRAIS	Piauí
352.	IPIRANGA DO PIAUÍ	Piauí
353.	JARDIM DO MULATO	Piauí
354.	JERUMENHA	Piauí
355.	JOCA MARQUES	Piauí
356.	MASSAPÊ DO PIAUÍ	Piauí
357.	MONSENHOR GIL	Piauí
358.	MONSENHOR HIPÓLITO	Piauí
359.	MORRO CABEÇA NO TEMPO	Piauí
360.	NOVO SANTO ANTONIO	Piauí
361.	PALMEIRAIS	Piauí
362.	PARNAÍBA	Piauí
363.	PATOS DO PIAUI	Piauí
364.	PAU D'ARCO DO PIAUÍ	Piauí
365.	QUEIMADA NOVA	Piauí
366.	REGENERAÇÃO	Piauí
367.	SANTA CRUZ DO PIAUÍ	Piauí
368.	SAO GONÇALO DO GURGUEIA	Piauí
369.	SEBASTIAO LEAL	Piauí
370.	SUSSUAPARA	Piauí
371.	SÃO GONÇALO DO PIAUI	Piauí
372.	CORDEIRO	Rio de Janeiro
373.	DUQUE DE CAXIAS	Rio de Janeiro
374.	IGUABA GRANDE	Rio de Janeiro
375.	NOVA FRIBURGO	Rio de Janeiro
376.	NOVA IGUAÇU	Rio de Janeiro
377.	PORTO REAL	Rio de Janeiro
378.	RIO DE JANEIRO	Rio de Janeiro
379.	SAO GONCALO	Rio de Janeiro
380.	SAO SEBASTIAO DO ALTO	Rio de Janeiro
381.	SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	Rio de Janeiro
382.	SÃO PEDRO DA ALDEIA	Rio de Janeiro
383.	CAMPO GRANDE	Rio Grande do Norte
384.	CAMPO REDONDO	Rio Grande do Norte
385.	CURRAIS NOVOS	Rio Grande do Norte
386.	EXTREMOZ	Rio Grande do Norte
387.	GUAMARÉ	Rio Grande do Norte
388.	LAJES PINTADAS	Rio Grande do Norte
389.	MAJOR SALES	Rio Grande do Norte
390.	MOSSORO	Rio Grande do Norte
391.	NATAL	Rio Grande do Norte
392.	PATU	Rio Grande do Norte
393.	RIO DO FOGO	Rio Grande do Norte
394.	SÃO PAULO DO POTENGI	Rio Grande do Norte
395.	TANGARA	Rio Grande do Norte
396.	TIMBAÚBA DOS BATISTAS	Rio Grande do Norte
397.	ALVORADA	Rio Grande do Sul
398.	AMARAL FERRADOR	Rio Grande do Sul
399.	ANTA GORDA	Rio Grande do Sul
400.	CACIQUE DOBLE	Rio Grande do Sul
401.	CAMBARÁ DO SUL	Rio Grande do Sul
402.	CAMPINAS DO SUL	Rio Grande do Sul
403.	CANDIDO GODOI	Rio Grande do Sul

404.	CARLOS BARBOSA	Rio Grande do Sul
405.	CAXIAS DO SUL	Rio Grande do Sul
406.	CONSTANTINA	Rio Grande do Sul
407.	CRISTAL	Rio Grande do Sul
408.	DOM FELICIANO	Rio Grande do Sul
409.	ENTRE-IJUÍ	Rio Grande do Sul
410.	ERVAL GRANDE	Rio Grande do Sul
411.	ESTEIO	Rio Grande do Sul
412.	FAXINALZINHO	Rio Grande do Sul
413.	FORTALEZA DOS VALOS	Rio Grande do Sul
414.	GUABIJU	Rio Grande do Sul
415.	HERVEIRAS	Rio Grande do Sul
416.	HORIZONTALINA	Rio Grande do Sul
417.	ITAARA	Rio Grande do Sul
418.	LAGOA VERMELHA	Rio Grande do Sul
419.	LAVRAS DO SUL	Rio Grande do Sul
420.	MAMPITUBA	Rio Grande do Sul
421.	MARATÁ	Rio Grande do Sul
422.	MONTENEGRO	Rio Grande do Sul
423.	MUITOS CAPÕES	Rio Grande do Sul
424.	MULITERNO	Rio Grande do Sul
425.	NOVA ROMA DO SUL	Rio Grande do Sul
426.	NOVO BARREIRO	Rio Grande do Sul
427.	PAVERAMA	Rio Grande do Sul
428.	PELOTAS	Rio Grande do Sul
429.	PORTO LUCENA	Rio Grande do Sul
430.	SALTO DO JACUÍ	Rio Grande do Sul
431.	SANTA ROSA	Rio Grande do Sul
432.	SANTO ANTONIO DA PATRULHA	Rio Grande do Sul
433.	SANTO EXPEDITO DO SUL	Rio Grande do Sul
434.	SILVEIRA MARTINS - RS	Rio Grande do Sul
435.	SÃO JORGE	Rio Grande do Sul
436.	SÃO LUIZ GONZAGA	Rio Grande do Sul
437.	SÃO PEDRO DO BUTIÁ	Rio Grande do Sul
438.	SÃO VALENTIM DO SUL	Rio Grande do Sul
439.	TENENTE PORTELA	Rio Grande do Sul
440.	TIRADENTES DO SUL	Rio Grande do Sul
441.	TRAMANDAI	Rio Grande do Sul
442.	TRES CACHOEIRAS	Rio Grande do Sul
443.	TRINDADE DO SUL	Rio Grande do Sul
444.	VERA CRUZ	Rio Grande do Sul
445.	VILA MARIA	Rio Grande do Sul
446.	XANGRI-LA	Rio Grande do Sul
447.	CABIXI	Rondônia
448.	CASTANHEIRAS	Rondônia
449.	JI-PARANÁ	Rondônia
450.	MIRANTE DA SERRA	Rondônia
451.	OURO PRETO DO OESTE	Rondônia
452.	BOA VISTA	Roraima
453.	CANTÁ	Roraima
454.	RORAINÓPOLIS	Roraima
455.	ASCURRA	Santa Catarina
456.	BALNEÁRIO BARRA DO SUL	Santa Catarina
457.	BLUMENAU	Santa Catarina
458.	BOM RETIRO	Santa Catarina
459.	CALMON	Santa Catarina
460.	CERRO NEGRO	Santa Catarina
461.	COCAL DO SUL	Santa Catarina

462.	CONCÓRDIA	Santa Catarina
463.	FLORIANÓPOLIS	Santa Catarina
464.	GASPAR	Santa Catarina
465.	JACINTO MACHADO	Santa Catarina
466.	JARAGUÁ DO SUL	Santa Catarina
467.	JARDINÓPOLIS	Santa Catarina
468.	JOINVILLE	Santa Catarina
469.	JOSÉ BOITEUX	Santa Catarina
470.	LAJEADO GRANDE	Santa Catarina
471.	OTACILIO COSTA	Santa Catarina
472.	PASSO DE TORRES	Santa Catarina
473.	PINHEIRO PRETO	Santa Catarina
474.	PORTO BELO	Santa Catarina
475.	PRINCESA	Santa Catarina
476.	RIO DO CAMPO	Santa Catarina
477.	SANTA ROSA DE LIMA	Santa Catarina
478.	SANTA TEREZINHA	Santa Catarina
479.	SAO LOURENCO DO OESTE	Santa Catarina
480.	SAO MIGUEL DO OESTE	Santa Catarina
481.	SOMBRIO	Santa Catarina
482.	SÃO CRISTÓVÃO DO SUL	Santa Catarina
483.	SÃO JOÃO DO ITAPERIU	Santa Catarina
484.	URUPEMA	Santa Catarina
485.	URUSSANGA	Santa Catarina
486.	VARGEM	Santa Catarina
487.	WITMARSUM	Santa Catarina
488.	AGUDOS	São Paulo
489.	ALUMINIO	São Paulo
490.	AMERICANA	São Paulo
491.	ANGATUBA	São Paulo
492.	APIAI	São Paulo
493.	AREIÓPOLIS	São Paulo
494.	BADY BASSITT	São Paulo
495.	BARBOSA	São Paulo
496.	BATATAIS	São Paulo
497.	BILAC	São Paulo
498.	CAJOBI	São Paulo
499.	CARDOSO	São Paulo
500.	CATANDUVA	São Paulo
501.	CHAVANTES	São Paulo
502.	COLÔMBIA	São Paulo
503.	CORUMBATAÍ	São Paulo
504.	DIADEMA	São Paulo
505.	DOURADO	São Paulo
506.	ESPÍRITO SANTO DO TURVO	São Paulo
507.	FERRAZ DA VASCONCELOS	São Paulo
508.	FLORINEA	São Paulo
509.	GAVIAO PEIXOTO	São Paulo
510.	GUAREI	São Paulo
511.	GUARULHOS	São Paulo
512.	GÁLIA	São Paulo
513.	IEPE	São Paulo
514.	IPUÁ	São Paulo
515.	ITABERA	São Paulo
516.	ITATINGA	São Paulo
517.	JERQUARA	São Paulo
518.	LAGOINHA	São Paulo
519.	LORENA	São Paulo

520.	MARABÁ PAULISTA	São Paulo
521.	MINEIROS DO TIETÊ	São Paulo
522.	MIRANTE DO PARANAPANEMA	São Paulo
523.	MOCOCA	São Paulo
524.	MOJI MIRIM	São Paulo
525.	MOMBUCA	São Paulo
526.	MONTE MOR	São Paulo
527.	OSASCO	São Paulo
528.	PALMITAL	São Paulo
529.	PARDINHO	São Paulo
530.	PAULO DE FARIA	São Paulo
531.	PINDAMONHANGABA	São Paulo
532.	PIRACICABA	São Paulo
533.	POMPEIA	São Paulo
534.	PONTES GESTAL	São Paulo
535.	PORANGABA	São Paulo
536.	RAFARD	São Paulo
537.	SALTO DE PIRAPORA	São Paulo
538.	SANTA GERTRUDES	São Paulo
539.	SUZANO	São Paulo
540.	SÃO BERNARDO DO CAMPO	São Paulo
541.	SÃO JOÃO DO PAU D' ALHO	São Paulo
542.	SÃO PAULO	São Paulo
543.	TABOÃO DA SERRA	São Paulo
544.	TAGUAI	São Paulo
545.	TARUMÃ	São Paulo
546.	TRABIJU	São Paulo
547.	TREMEMBE	São Paulo
548.	TURIUBA	São Paulo
549.	VARGEM GRANDE PAULISTA	São Paulo
550.	ZACARIAS	São Paulo
551.	ARACAJU	Sergipe
552.	AREIA BRANCA	Sergipe
553.	DIVINA PASTORA	Sergipe
554.	NOSSA SENHORA APARECIDA	Sergipe
555.	NOSSA SENHORA DO SOCORRO	Sergipe
556.	SIMÃO DIAS	Sergipe
557.	TELHA	Sergipe
558.	TOMAR DO GERU	Sergipe
559.	ALIANÇA DO TOCANTINS	Tocantins
560.	ALMAS/TO	Tocantins
561.	ANGICO	Tocantins
562.	ARAGUAINA	Tocantins
563.	BARRA DO OURO	Tocantins
564.	BARROLÂNDIA	Tocantins
565.	BRASILÂNDIA DO TOCANTINS	Tocantins
566.	COLMEIA	Tocantins
567.	COUTO MAGALHAES	Tocantins
568.	FILADÉLFIA	Tocantins
569.	GOIATINS	Tocantins
570.	MATEIROS	Tocantins
571.	MONTE DO CARMO	Tocantins
572.	PALMAS	Tocantins
573.	PONTE ALTA DO BOM JESUS	Tocantins
574.	SAMPAIO	Tocantins
575.	SITIO NOVO DO TOCANTINS	Tocantins
576.	SÃO FÉLIX DO TOCANTINS	Tocantins
577.	TOCANTINÓPOLIS	Tocantins

**APÊNDICE G – Relação de Secretarias Estaduais de Saúde incluídas na amostra**

- Alagoas
- Amapá
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins