



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

KAREN PATRICIA WILKE FERREIRA ROCHA

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE:  
UMA PROPOSIÇÃO DE PARÂMETROS ESSENCIAIS**

---

Londrina  
2022

KAREN PATRICIA WILKE FERREIRA ROCHA

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE:  
UMA PROPOSIÇÃO DE PARÂMETROS ESSENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina  
2022

672 Roch Rocha, Karen Patricia Wilke Ferreira.

Planejamento e organização da gestão da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte : uma proposição de parâmetros essenciais. / Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha. - Londrina, 2022.  
175 f. : il.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde - Tese. 2. Gestão Pública - Tese. 3. Planejamento em Saúde - Tese. 4. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Gimenez Carvalho, Brígida . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

KAREN PATRICIA WILKE FERREIRA ROCHA

**PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE  
PEQUENO PORTE:  
UMA PROPOSIÇÃO DE PARÂMETROS ESSENCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Brígida Gimenez Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dra. Fernanda de Freitas Mendonça  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dr. João Felipe Marques da Silva  
Faculdade de Tecnologia do Vale do Ivaí –  
FATEC

Londrina, 19 de julho de 2022.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Brígida, pela clareza e respeito com que orientou cada passo dessa pesquisa. Agradeço também pela escuta e pela amizade.

Ao Moisés, meu amor, por tentar compreender o tema do meu trabalho, ler os textos comigo e, principalmente, por apoiar todas as minhas decisões. Me apoiou quando quis voltar a estudar, quando disse que o mestrado havia me feito repensar minha carreira profissional, quando decidi pedir exoneração do emprego público, quando estive estressada e cansada pelo acúmulo de funções. Agradeço também porque me disse, em um dos momentos em que me senti ausente da casa e das responsabilidades com os nossos filhos, que mesmo na ausência eu os estava ensinado sobre a responsabilidade com o trabalho e compromisso com o estudo.

Aos meus filhos, Daniela, Maria Cecília e João Guilherme, pelos cafezinhos durante a leitura e bilhetinhos deixados dentro dos livros. Por me fazerem sentir tão amada. Por representar, em minha vida, o que realmente importa.

Aos meus pais, minha base.

Aos meus colegas de mestrado, pela leveza da companhia. Principalmente à Luana, minha amiga, com quem decidi embarcar nesse desafio, por estar presente em todos os momentos.

Aos professores, cada um deles compartilhando ensinamentos que foram fazendo com que a ideia da pesquisa se tornasse real e me parecesse relevante.

Aos profissionais que compuseram o grupo de experts e às equipes de saúde municípios estudados, pela valiosa contribuição.

Ao GESTSUS, meu grupo de pesquisa.

Aos amigos da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e do grupo de gestores da 22ª Região de Saúde, pela caminhada na construção do SUS que eu quero. Em especial ao meu amigo Adriano, com quem aprendi a gostar de orçamento público.

A Deus, pela vida, pela minha família, por me tornar enfermeira.

## APRESENTAÇÃO

A ideia desta pesquisa nasce de convicções construídas ao longo dos anos em que trabalhei na coordenação de programas e na implementação de políticas de saúde, como servidora estadual, em uma região de saúde do Estado do Paraná. No transcorrer dos estudos, foi interessante perceber todas essas certezas sendo repensadas, debatidas e desconstruídas para, então, algumas renascerem mais fortes, fundamentadas e aprimoradas, ao passo que outras caíram por terra.

Um dos pontos mais ricos da pesquisa, e do ser pesquisador, é essa conexão com o pensamento crítico, que nos faz ver que são poucas as verdades absolutas. Ao passo que o mesmo objeto de estudo é visto por diferentes atores, emergem diferentes pontos de vista e percepções, significados e sentidos. E a riqueza está justamente nesse processo: de que não pensamos todos da mesma maneira, não acreditamos nas mesmas soluções, não vemos os problemas sob os mesmos ângulos, com os mesmos pesos e medidas, e que compreender o olhar do outro sempre amplia a nossa forma de enxergar aquele mesmo objeto.

O sucesso da pesquisa científica está mais no caminho percorrido, no diálogo, na troca, na reflexão bem-intencionada, do que no estabelecimento do consenso em si. Isso se deve ao fato de que, durante esse caminho, todos contribuem com a sua experiência, e cada experiência é única. E assim, com o ensejo de aproveitar a caminhada, o trabalho permitiu uma aproximação com a configuração da gestão pública municipal da saúde de municípios de pequeno porte.

A importância e necessidade do planejamento e organização já é um consenso, independente do porte do município. Porém, frente a tantos programas, ações, responsabilidades e regras, é necessário que se estabeleça o que é essencial. Segundo o dicionário (FERREIRA, 1999) o termo essencial se aplica aquilo que se constitui como o mais básico ou o mais importante em algo, ou aquilo que se vê como fundamental. Aqui se apresenta o caminho percorrido em busca desses parâmetros essenciais para o planejamento e organização da gestão pública em saúde em municípios de pequeno porte.

Para maior aprofundamento sobre a temática, partiu-se de uma revisão da literatura correlata sobre experiências nacionais e internacionais de planejamento e gestão da atenção primária. Na análise foi destacada a importância dada ao ato de organizar e planejar a gestão, e o impacto da mesma sobre os resultados alcançados,

finalizando este capítulo introdutório com as perguntas do estudo e a justificativa para a realização da presente dissertação.

Em seguida são apresentados os objetivos que se pretende atingir e o caminho metodológico do estudo, para que o leitor possa entender o plano inicial, o aprendizado alcançado durante o percurso e o processo de construção do resultado do trabalho.

O trabalho ocorre em duas fases distintas, sendo que a primeira – de cunho quantitativo – está voltada à caracterização da macrorregião quanto ao porte populacional e indicadores financeiros estudados. Analisados os resultados desta fase, e encontradas diferenças e semelhanças entre os municípios, se define um recorte – municípios de pequeno porte - e cresce a curiosidade para compreender os processos que deram origem aos resultados encontrados.

A segunda fase, qualitativa, permitiu uma longa viagem presencial aos oito municípios casos, e ricas conversas com as equipes de gestão quanto aos fatores vistos como mais importantes para o planejamento e a organização da gestão da atenção primária. Tais informações, destacadas como parâmetros, dão origem à ferramenta proposta ao final do trabalho – uma ferramenta contendo parâmetros essenciais para a organização da área de planejamento e gestão de pequenos municípios.

Ao definir primariamente esses parâmetros, houve uma primeira exposição ao risco de não concordarem com eles. E esse é um ponto que procurou-se valorizar, respeitar e considerar, durante a construção da proposta. Foram necessárias escolhas, alguns foram mantidos, outros retirados, e novos parâmetros surgiram ao longo do processo. Vale aqui ressaltar que qualquer decisão, certa ou errada, sempre foi tomada com cautela, embasamento e – porque não – boas intenções.

Para além do objetivo da pesquisa, o objetivo desta pesquisadora é que o texto lhe seja útil, claro e simples. Que você queira lê-lo e que ele lhe acrescente algo, provoque, sensibilize, o faça querer ir adiante.

"O segredo da qualidade é o amor.  
Você tem que amar o seu paciente,  
você tem que amar a sua profissão,  
você tem que amar o seu Deus".  
Avedis Donabedian

ROCHA, Karen Patricia Wilke Ferreira. **Planejamento e organização da gestão da Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: uma proposição de parâmetros essenciais.** 2022. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

## RESUMO

A crescente demanda da sociedade por serviços públicos de qualidade e a gradativa complexidade alcançada pela gestão pública, tornam iminentes o planejamento e organização das secretarias municipais de saúde, em busca da qualificação de seus processos de trabalho. A organização é essencial para dar visibilidade ao que é prioritário, de modo a ser tratado de forma efetiva, com base nos recursos disponíveis, tendo como alvo os resultados que se pretende alcançar. O objetivo deste trabalho é avaliar a organização da estrutura e dos processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em secretarias municipais de saúde de municípios de pequeno porte. Trata-se de uma pesquisa sequencial, realizada em duas fases. A primeira, de abordagem quantitativa, para caracterização da população do estudo e análise comparativa dos municípios da macrorregião Norte do Paraná, considerando o porte populacional e os resultados financeiros em saúde. Os ensaios comparativos evidenciaram a ausência de padrão em alguns resultados financeiros, frente ao porte populacional. Ao contrário do que se acreditava, o aumento do porte populacional nem sempre estava relacionado à melhora dos resultados financeiros, e muitos municípios de pequeno porte apresentavam excelentes resultados. Tais achados deram origem à definição dos casos para a segunda fase da pesquisa, de abordagem qualitativa, realizada entre os meses de julho e novembro de 2021. Foram pesquisados oito municípios de pequeno porte por meio de entrevistas às equipes gestoras, análises documentais e aplicação de uma matriz de avaliação e julgamento (MAJ), validada previamente por um grupo de experts. Para análise dos resultados do perfil organizacional dos municípios selecionados, utilizou-se como referencial os parâmetros da matriz, associados à tríade de qualidade de Avedis Donabedian. A análise dos casos permitiu que fossem identificados parâmetros associados a bons resultados, e evidenciou possíveis consequências da ausência de organização na estrutura e nos processos da gestão da Atenção Primária em Saúde. Conclui-se, durante o estudo, que a MAJ validada não era adequada à realidade dos pequenos municípios, que em sua maioria não possuíam estrutura e dos processos de trabalho sistematizados, com vistas à qualidade. Com base na análise dos resultados, foi elaborado um rol de parâmetros, vistos como essenciais, para a área de planejamento e gestão, a fim de orientar secretarias municipais de saúde de pequenos municípios em seu processo de organização da Atenção Primária à Saúde. Quanto à avaliação da organização municipal, o estudo concluiu que ações voltadas à qualificação da estrutura e dos processos de planejamento e gestão, são determinantes para o alcance de melhores resultados e maior aproveitamento dos recursos disponíveis. Considerando o modelo de financiamento vigente para o custeio das ações na APS, que condiciona o valor do repasse de recursos financeiros aos indicadores que mensuram o desempenho das equipes, a organização dos processos de gestão se torna ainda mais relevantes. Os parâmetros essenciais propostos aqui podem contribuir para a sistematização de ações permanentes, e importante, para o alcance de resultados satisfatórios e para a qualidade na atenção à saúde.

**Palavras-chave:** sistema único de saúde; gestão pública; planejamento em saúde; atenção primária em saúde; administração de serviços de saúde.

ROCHA, Karen Patricia Wilke Ferreira. **Planning and organization of Primary Health Care management in small municipalities: a proposition of essential parameters.** 2022. 175 p. Dissertation (Master's in Public Health) - State University of Londrina, Londrina, 2022.

## ABSTRACT

Society's growing demand for quality public services and the gradual complexity achieved by public management make the planning and organization of municipal health departments imminent, in search of the qualification of their work processes. The organization is essential to give visibility to what is a priority, in order to be treated effectively, based on available resources, targeting the results that are intended to be achieved. The objective of this work is to evaluate the organization of the structure and processes of planning and management of Primary Care in municipal health departments of small municipalities. This is a sequential research, carried out in two phases. The first, with a quantitative approach, for the characterization of the study population and comparative analysis of the municipalities of the macro-region of Northern Paraná, considering the population size and the financial results in health. Comparative tests showed the absence of a pattern in some financial results, considering the population size. Contrary to what was believed, the increase in population size did not always determine the improvement of financial results, and some of these more satisfactory results, seen in larger municipalities, were also identified in some small municipalities. These findings gave rise to the definition of cases for the second phase of the research, with a qualitative approach, carried out between the months of July and November 2021. Eight small municipalities were surveyed through interviews with the management teams, document analyzes and application of an evaluation and judgment matrix (MAJ), previously validated by a group of experts. To analyze the results of the organizational profile of the selected municipalities, the parameters of the matrix, associated with the quality triad of Avedis Donabedian, were used as a reference. The analysis of the cases allowed the identification of parameters associated with good results, and evidenced possible consequences of the lack of organization in the structure and processes of the management of Primary Health Care. It was concluded, during the study, that the validated MAJ was not adequate to the reality of small municipalities, as most of them did not have a systematization of the management organization, aimed at qualifying the structure and processes. Based on the analysis of the results, a list of parameters was prepared, seen as essential, for the area of planning and management, in order to guide municipal health departments of small municipalities in their process of organizing Primary Health Care. As for the evaluation of the municipal organization, the study concludes that actions aimed at qualifying the structure and planning and management processes are crucial for achieving better results and greater use of available resources. Considering the current financing model for the cost of actions in PHC, which conditions the value of the transfer of financial resources to indicators that measure the performance of teams, the organization of management processes becomes even more relevant. The essential parameters proposed here can contribute to the systematization of permanent and important actions to achieve satisfactory results and quality in health care.

**Key words:** unified health system; public administration; health planning; primary health care; health services administration.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Distribuição da população dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, segundo tipologia do IBGE, 2019 .....56
- Figura 2** – Correlação entre o porte populacional e o percentual de aplicação em saúde de municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.....60
- Figura 3** – Correlação entre o porte populacional e o percentual de transferências intergovernamentais nas receitas totais do município, na macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019 .....62
- Figura 4** – Correlação entre despesa total em saúde e o porte populacional do município na macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019 ..63
- Figura 5** – Correlação entre a despesa total em saúde, proveniente de recursos próprios, e o porte populacional do município, macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019 .....64

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Indicadores da evolução da descentralização no SUS. Posição no final de cada exercício – 1997/2002.....23
- Tabela 2** – Distribuição dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, conforme o número de habitantes, 2019 .....57
- Tabela 3** – Descrição dos resultados financeiros apresentados pelos 97 municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019 .....58

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Descrição dos indicadores utilizados para definição dos casos, e sua relevância .....	48
<b>Quadro 2</b> – Apresentação dos recortes estipulados para avaliação dos indicadores financeiros do SIOPS, e seleção de casos, 2019 .....	49
<b>Quadro 3</b> – Composição da amostra de municípios quanto ao número de indicadores financeiros com resultados satisfatórios e insatisfatórios, 2019 .....	51
<b>Quadro 4</b> – Sistematização dos objetivos da pesquisa e seções de resultados, 2022.....	55
<b>Quadro 5</b> – Síntese das modificações ocorridas na Matriz de Avaliação e Julgamento, após submissão à análise do grupo de experts, 2021 .....	66
<b>Quadro 6</b> – Estratos para julgamento dos valores avaliados na matriz, 2022 ..	67
<b>Quadro 7</b> – Caracterização dos casos de estudo .....	68
<b>Quadro 8</b> – Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ) para o planejamento e organização da gestão da atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte, 2022 .....	70
<b>Quadro 9</b> – Apresentação da pontuação e resultados dos municípios casos na Matriz de Avaliação e Julgamento aplicada em 2021 .....	74
<b>Quadro 10</b> – Proposta de parâmetros essenciais para o planejamento e organização da gestão da atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte, 2022 .....	113

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONOF	Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS	Estratégia E-SUS Atenção Básica para informações da APS
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IDS	Sistema de Gerenciamento de Secretarias de Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITBI	Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis
ITR	Imposto sobre Propriedade Territorial Rural
Nº	Número
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
Palops	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PHC	Primary Health Care
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PMS	Plano Municipal de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
LOA	Lei Orçamentária Anual
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAJ	Matriz de Avaliação e Julgamento
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SCAERA	Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VS	Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
1.2	A ORGANIZAÇÃO PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	27
1.3	A EFICIÊNCIA, A QUALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A AVALIAÇÃO EM SAÚDE ..	33
<b>2</b>	<b>OS OBJETIVOS</b> .....	45
2.1	OBJETIVO GERAL .....	45
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
<b>3</b>	<b>O MÉTODO</b> .....	46
3.1	A CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ .....	47
3.2	A DEFINIÇÃO DOS CASOS .....	47
3.3	A CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO .....	51
3.4	A APLICAÇÃO DA MATRIZ .....	52
3.5	A ANÁLISE DOS DADOS.....	53
<b>4</b>	<b>OS RESULTADOS</b> .....	55
4.1	A CORRELAÇÃO ENTRE O PORTE POPULACIONAL E OS INDICADORES FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE .....	55
4.2	A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO (MAJ).....	65
4.3	ANÁLISES DOS CASOS QUANTO À ESTRUTURA E PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO .....	76
4.4	A PROPOSIÇÃO DE PARÂMETROS ESSENCIAIS.....	104
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	117
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119
	<b>APÊNDICES</b> .....	127

APÊNDICE 1 – A primeira versão da Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ).....	128
APÊNDICE 2 – Carta ao grupo de experts.....	133
APÊNDICE 3 – A segunda versão da Matriz de Avaliação e Julgamento, aplicada aos municípios/casos.....	137
APÊNDICE 4 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao gestor .....	141
APÊNDICE 5 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao coordenador de Atenção Primária em Saúde .....	143
APÊNDICE 6 – Roteiro de análise documental dos Instrumentos de Gestão municipais .....	145
APÊNDICE 7 – Roteiro de análise documental do organograma .....	146
APÊNDICE 8 – Manuscrito: Ensaio comparativos entre municípios e seus resultados financeiros em saúde.....	147
APÊNDICE 9 – Roda do SUS .....	160
<b>ANEXOS</b> .....	162
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética .....	163

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu artigo 198, define que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, que tem entre suas diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Dita ainda que, com a descentralização, haverá direção única em cada esfera de governo, se referindo ao Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde. Além da Constituição Federal, a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), também chamada de Lei Orgânica da Saúde, em seu Capítulo III, fala da Organização, da Direção e da Gestão em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), corroborando que, ações e serviços executados, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados em nível de complexidade crescente, sendo que nos municípios, a direção do SUS fica ao encargo da Secretaria Municipal de Saúde.

Entre as competências e atribuições comuns às três esferas, ditadas pela Lei Orgânica (BRASIL, 1990), está a elaboração de proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde, documento que deverá estar articulado com a política pública de saúde. Quanto aos municípios, a lei ordena que compete à direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, compatibilizando necessidades de políticas de saúde com a disponibilidade de recursos.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), enfatiza a necessidade de incorporação de novos conhecimentos e tecnologias para a gestão da saúde pública, assim como ferramentas gerenciais, administrativas e estruturais, no campo da tecnologia da informação e comunicação. Tal conselho ainda reforça que a administração pública “é a ordenação (planejamento e organização), direção e controle dos serviços do governo, nas esferas federal, estadual e municipal, segundo os preceitos do direito e da moral, visando o bem comum” (BRASIL, 2007b, p.18). Ressalta que a administração pública é norteada por princípios básicos estabelecidos pela Constituição Federal, que no artigo 37, os nomeia: “legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência” (BRASIL, 2007b, p. 19).

Bugarin (2001, p.39) ao discorrer sobre a inserção da eficiência como um dos princípios constitucionais explícitos na Administração Pública, menciona que tal princípio estabelece uma relação institucional administração/administrado onde há,

por um lado, o dever de agir de modo “competente, honesto, racionalmente fundamentado, transparente e participativo”, e por outro lado, o direito de cidadania que impõe um agir “voltado para o atendimento das necessidades mais prementes na sociedade”. Ressaltando o aspecto político da economia de bem-estar, relacionado à ética, o autor vincula a ideia de eficiência à “obtenção do melhor resultado socioeconômico possível da alocação do conjunto escasso de recursos transferidos da sociedade para os entes estatais”, reforçando o papel do Estado como responsável por atender as múltiplas e urgentes necessidades de ordem pública (BUGARIN, 2001, p.48).

Ibañez & Vecina Neto (2007, p.1839), ao tratar dos modelos de gestão do SUS, mencionam a necessidade de “reconhecer que o Estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde”. Os autores defendem que é fundamental que haja melhorias na gerência, porém reforçam a necessidade do aporte financeiro adequado.

Mendes (2011) fala de um empobrecimento da agenda do SUS por conta de uma fixação desproporcional na questão do volume do financiamento. Para o autor, é certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento, porém a experiência de países desenvolvidos e em desenvolvimento mostra que o simples incremento de recursos financeiros, de maneira isolada, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. “Recursos adicionais para fazer mais do mesmo significa jogar dinheiro fora” (MENDES, 2011, p.18). O autor defende que tão importante quanto o financiamento adequado, é o planejamento e a gestão de tais recursos.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, p. 55), planejar é reduzir incertezas. Para tanto, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. O Decreto nº 7.508, de 2011, regulamenta a Lei 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Tal normativa estabelece a organização do SUS em regiões de saúde, dita que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e enfatiza que as necessidades de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros, através de planos de saúde, instrumento que deve conter metas.

Com base no decreto citado anteriormente, na Lei Complementar nº 141/2012 e na Portaria nº 2.135/2013, o CONASS estabelece diretrizes para o processo de planejamento no SUS, indicando alguns pressupostos:

O planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção de Diretrizes, Objetivos e Metas; Deve compatibilizar os instrumentos de planejamento da saúde no âmbito do SUS, que são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Estes instrumentos se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. As normas exigem o cumprimento dos prazos para a elaboração desses instrumentos e os gestores devem observar a lógica desse ciclo de planejamento no setor saúde (BRASIL, 2015, p. 34).

A descentralização das decisões e da gestão do SUS impõe aos municípios a organização de uma estrutura mínima para realizar a gestão da saúde, elaborar e implementar o plano de saúde e demais instrumentos de gestão. No entanto, pode-se perceber que o processo de descentralização da gestão não previu a organização e estruturação dos órgãos gestores municipais. O que ocorre é a falta de padrão entre os municípios, quanto à forma como se organizam e planejam.

Nos municípios de pequeno porte, a importância da organização e do planejamento para a secretaria municipal de saúde se torna evidente quando se analisa a quantidade e complexidade das ações e serviços que precisam ser disponibilizados, em situações em que a oferta de serviços e de profissionais é menor. Tais municípios, por menor que sejam, são responsáveis pela gestão da Atenção Primária em Saúde (APS). Mendes (2011, p. 83) afirma quão complexos são os processos que ocorrem na APS, ao comentar que a concepção normativa do SUS é de um sistema hierárquico, formatado segundo complexidades relativas aos níveis de atenção, desde atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Para o autor, não é verdade que a APS seja menos complexa, uma vez que é ela que “deve atender mais de 85% dos problemas de saúde”, definindo este nível de atenção como o que detém a clínica mais ampliada, e onde se ofertam as tecnologias mais complexas, como a mudança de comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde.

A fragilidade nas práticas de planejamento traz consequências para as secretarias, dentre as quais podem ser citados o mau uso dos recursos físicos e

financeiros, disponíveis, bem como o baixo aproveitamento do trabalho, com ações que talvez não estejam indo de encontro às principais necessidades da população do território. Outra consequência da ausência do planejamento é a falta de previsibilidade, que leva a execução de ações de última hora, e que por consequência não são realizadas com a devida qualidade. É comum que profissionais e gestores relatem uma rotina estressante, que determina que todos os esforços sejam dedicados a problemas que aparecem a cada dia, e que são eleitos para compor as tarefas às quais os profissionais se dedicam porque estão atrasados ou porque alguém pressiona para que sejam realizados. A falta de priorização, faz com que as equipes se dediquem e se desgastem com ações que podem não ser aquelas que a população mais precisa. Barbosa *et al.* (2013) apontam que os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde ainda estão pautados em ações prescritivas, excludentes e pouco participativas sobre o ponto de “como fazer saúde”. Os autores perceberam nas falas dos profissionais desse nível de atenção, relatos de pouca organização, morosidade, com ações voltadas para determinadas queixas pontuais. Apesar de relatarem problemas de uma região específica, os autores mencionam que os achados são típicos dos diferentes territórios brasileiros, conforme outras pesquisas consultadas.

Mintzberg (1979) considera as organizações de saúde as mais complexas, pela diversidade dos serviços ofertados, multiplicidade de profissionais envolvidos, com competências distintas, pela quantidade de processos que ocorrem simultaneamente e que precisam ser vistos de forma holística. Compreender a estrutura e os processos para a gestão dessas organizações é tarefa que se torna imprescindível atualmente, dada a profundidade alcançada pela gestão pública na área da saúde.

Soma-se a isto que o resultado esperado nessa área, como entrega à sociedade, não pode ser reduzido a um produto. Ao falar da assistência à saúde, além das ações e dos serviços prestados, em número ou quantidade, espera-se qualidade na atenção, e resolutividade das demandas de saúde.

Avedis Donabedian (1992), médico que estabeleceu os pilares para a qualidade da assistência, inovou ao propor que a avaliação da qualidade dos serviços não deveria se ater aos resultados estatísticos que podem ser verificados e mensurados ao final dos processos de trabalho, mas focalizar em toda a cadeia: “Portanto, a qualidade da atenção à saúde deve ser definida como o grau com que os meios mais desejáveis são usados para alcançar maiores melhorias possíveis em saúde”

(DONABEDIAN, 1992, p.12, tradução nossa). Donabedian enfatiza em sua obra que, uma vez que as consequências da atenção a saúde se manifestam em um futuro incerto, dada a dificuldade de prever os resultados da assistência prestada, o que se julga é a organização de todo o ciclo de assistência à saúde, atendo-se ao cuidado para que a estrutura e os processos sejam conduzidos com qualidade.

Portela (2000, p. 259), discorrendo sobre a avaliação da qualidade em saúde, enfatiza que a avaliação “produz informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de saúde”, tendo o potencial de subsidiar a tomada de decisão.

Donabedian (1990) propôs sete atributos para a qualidade em saúde, que define como pilares da qualidade, quer sejam: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Tais conceitos, propostos pelo autor, revolucionaram a gestão na área da saúde, e incitaram a reflexão sobre as práticas das instituições prestadoras de serviços de saúde. Para o autor, a eficiência se traduz em oferecer a melhor assistência, utilizando a menor quantidade de recursos possível. Tal atributo tem relação direta com a otimização, que consiste na relação custo-benefício, buscando a melhor fórmula entre o valor gasto e o resultado obtido. Vale ressaltar também a legitimidade, que considera a visão da sociedade sobre a organização, reconhecendo-a como uma boa prestadora de assistência à saúde. Entre os desafios da gestão da atenção primária à saúde, a incorporação da cultura da organização e do planejamento na gestão tem o potencial de alavancar resultados, qualificando os processos e incorporando tais atributos.

A fim de melhor compreender os fatores imprescindíveis que respondem pela qualificação da gestão, podem ser citados especialmente para a definição do cenário deste estudo, o financiamento, a estrutura organizacional para a gestão da atenção primária em saúde e a eficiência, temas que serão aprofundados a seguir.

## 1.1 O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carnut *et al.* (2020), enfatizam que o termo financiar está relacionando com a obtenção e o acúmulo de recursos (seja um fundo, uma reserva ou semelhantes), que serão então alocados, termo que diz respeito à destinação dos recursos existentes, ou seja, para onde eles serão distribuídos.

A descentralização financeira do SUS induziu mudanças estruturais na atenção

à saúde, garantindo maior capilaridade da assistência à saúde. Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2010, p.359), em 1973 uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM) demonstrou que 65,5% das prefeituras brasileiras não contratavam médicos e 23% contratavam apenas um médico. O que quer dizer que até aquele ano 88,5% dos municípios brasileiros contavam com um ou nenhum médico.

Segundo o CONASS (BRASIL, 2003), a evolução da descentralização do SUS pode ser verificada pelo expressivo aumento das transferências diretas e recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, ocorrida entre os anos de 1997 e 2002 (Tabela 1), com aumento exponencial verificado de 1997 para 1998:

**Tabela 1 – Indicadores da evolução da descentralização no SUS. Posição no final de cada exercício – 1997/2002**

Indicador/ano	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00	Dez/01	Dez/02
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.535	5.540
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12	15
% da população residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,90%	99,91%
% do total de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,9%	72,95%

Fonte: Ministério da Saúde – Dados da SAS/SPS (1997/2002) *apud* BRASIL, 2003, p.18

Para melhor compreender a lógica atual da obtenção de recursos, vale ressaltar, conforme pontua o mesmo conselho, que além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos, e que alguns estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais, seguindo regras específicas do âmbito estadual (BRASIL, 2003).

Quanto ao pagamento de prestadores, ele é realizado pelo nível de governo responsável por sua gestão, e independentemente do nível de governo que realize o

pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para o registro (Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para Estados e municípios, o que passou a ocorrer em 1998, com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), e a separação dos recursos que financiavam a atenção básica e a média e alta complexidade ambulatorial (BRASIL, 2003, p.19).

É importante destacar que durante a implementação do SUS, a descentralização das ações e serviços de saúde fez com que municípios se tornassem “novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades” (BRASIL, 2003, p.37), o que possibilitou que a atenção básica fosse definida como a porta de entrada preferencial do sistema.

Para a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2013, p.87), houve um aumento importante dos investimentos em ações e serviços de saúde por parte dos municípios brasileiros, entre 2002 e 2008, como resultado da Emenda Constitucional nº 29/2000, que vinculou 15% das receitas municipais para este fim. Segundo a OPAS, o esforço dos municípios tem seu impacto reduzido pela baixa arrecadação própria que apresentam, uma vez que a maioria deles apresenta alto grau de dependência dos recursos federais. A organização enfatiza a importância do efeito distributivo decorrente da variedade de critérios adotados nos repasses do SUS, uma vez que as receitas tributárias da maioria dos municípios brasileiros são insuficientes para cobrir os custos das ações e serviços de saúde demandadas pela população.

Campelli & Calvo (2007) dizem que, apesar das vantagens advindas da Emenda Constitucional nº 29/2000, que estabeleceu regras para a progressiva provisão de recursos, a União e Estados não vinham cumprindo os pressupostos do dispositivo.

Para Cruz *et al.* (2022), tal Emenda Constitucional apresentou limitações por não definir as fontes de receita, apenas os montantes de despesas. Os autores observaram dados financeiros de 5.560 municípios brasileiros num intervalo de 16 anos (2004 a 2019) e concluíram que desde a criação do SUS, persiste a insuficiência de dispositivos constitucionais ou legais que garantam a sustentabilidade financeira e a distribuição dos recursos de forma equitativa. Ressaltam que o federalismo fiscal vigente evidencia a descentralização das despesas, e não da arrecadação, o que ocasiona uma dependência fiscal.

Conforme apontam Carnut *et al.* (2020), em revisão integrativa sobre metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde, ao se falar em equidade é necessário considerar as dimensões continentais do Brasil, além da complexidade das relações entre os três níveis da federação e da desigualdade de renda, que se manifesta tanto entre as classes sociais quanto entre as regiões do país. Os autores pontuam que, como as necessidades de saúde são dinâmicas, os critérios para a alocação devem ser revisados constantemente.

Em 2019 a Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde publicou nova política de financiamento para a APS, chamada Previnde Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019; BRASIL, 2021), o novo modelo de financiamento altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídos com base em quatro critérios (capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base no critério populacional). Para Harzheim *et al.* (2020), esta política é resultado de estudos da literatura nacional e internacional e do debate envolvendo gestores municipais, estaduais e federais da Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhecendo os avanços apresentados pela APS no país nos últimos vinte e cinco anos, com a redução da mortalidade infantil, e de internações por condições sensíveis à APS, os autores chamam a atenção para o baixo nível de eficiência neste nível de atenção, citando a diminuição da velocidade nos ganhos em saúde nessas mesmas áreas, quando comparados ao crescimento do investimento público, nos últimos anos (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Conforme Reis *et al.* (2019), o modelo anterior ao Previnde Brasil, apesar da importância para estimular a cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira, voltava-se apenas para a existência de equipes de APS, sem se preocupar com a responsabilização clínica e resolutividade.

Substituindo tal modelo anterior, composto pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que era repassado conforme a população do município, e o variável, repassado de acordo com a adesão dos municípios aos programas estratégicos lançados pelo Governo Federal, a nova política de financiamento é um modelo misto (HARZHEIM *et al.*, 2020). A capitação ponderada define um valor per capita a ser repassado pela população cadastrada e acompanhada pelas equipes de atenção primária (BRASIL, 2021). A partir de um valor padronizado per capita, ocorre um acréscimo conforme a tipologia do município, sendo que para municípios classificados como intermediários

adjacentes e rurais adjacentes aplica-se o peso de 1,45 e para municípios classificados como intermediários remotos e rurais remotos o peso é de 2,0. Ainda sobre esse valor há um incremento de 30 por cento para pessoas cadastradas que tenham menos de 5 ou mais de 65 anos de idade, sejam beneficiárias de programas de transferência direta de renda, Benefício de Prestação Continuada ou com renda inferior a dois salários-mínimos.

Esta classificação dentre as cinco tipologias (urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto) é definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), e para tal são considerados o número de habitantes, área de ocupação densa e grau de urbanização sendo que, para avaliar a densidade de ocupação, observa-se a presença de ocupação contínua, com baixa verticalização, predomínio de casas e pouco espaçamento entre as construções. O Previde Brasil aplica esta tipologia como critério para alocação de recursos financeiros, por considerar que tais características interferem no trabalho e nos resultados de saúde, em decorrência da capacidade de acompanhamento das pessoas cadastradas por parte das equipes de atenção básica, justificando o peso aplicado ao valor inicial para a correção da quantia repassada per capita.

Considerando tais mudanças na forma de financiamento da Atenção Primária, que se volta a metodologias de pagamento por performance, entender a importância da estrutura e dos processos para que tais resultados sejam alcançados se faz primordial na organização da gestão. É preciso destacar que os municípios pequenos, têm equipes também pequenas, muitas vezes fragilizadas quanto às técnicas e relações interpessoais, que contam com um orçamento restrito e condicionado a um regramento que muitos dos envolvidos desconhecem, dada a alta rotatividade no setor. Tais equipes, dado o porte populacional e a estrutura mínima exigida, administram limitações que impõem dificuldades para implementar soluções que gerem economia de escala.

Yamada (2011) aborda os questionamentos quanto à possibilidade de mensuração da eficiência dos gastos na provisão de serviços públicos, considerando o movimento de descentralização da gestão da saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS). A descentralização, conforme reitera a autora, é uma das diretrizes mais importantes do SUS, e garante maior proximidade entre os agentes tomadores de decisão e a realidade local. Porém, conforme a mesma autora, um dos argumentos contrários à descentralização é justamente o fato de que ela pode implicar em

consideráveis perdas de escala, concluindo que municípios maiores tendem a ser mais eficientes com relação aos gastos, uma vez que contam com grandes centros de atendimento, diluindo custos fixos de infraestrutura, realizando mais atendimentos, além da possibilidade de concentrar equipamentos.

Mendes (2011, p. 71) aponta que “economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS (Redes de Atenção à Saúde)”. Segundo o autor, os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa, como é o caso da atenção primária à saúde, são aqueles que se beneficiam menos de economia de escala, porém seu gasto se justifica pelo fato de que a distância é fator fundamental para o acesso. O autor pontua que as redes de atenção à saúde estão fundamentadas em modelos híbridos, que combinam a concentração de alguns serviços com a dispersão de outros, conforme a densidade tecnológica. Para o autor, no caso da atenção primária, a facilidade do acesso justifica a perda de escala, enquanto outros níveis de atenção devem realizar arranjos em rede que garantam maior eficiência.

Segundo Barbosa *et al.* (2013), a Atenção Primária à Saúde no Brasil se configura como o nível de atenção capaz de detectar as reais necessidades e problemas de uma população e fornecer respostas, determinando o trabalho de todos os outros níveis de atenção do sistema de saúde.

Destaca-se aqui que cabe à gestão municipal a organização que permita alocar recursos financeiros conforme esse diagnóstico, desencadeando ações que vão ao encontro dessas demandas locais.

## 1.2 A ORGANIZAÇÃO PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dado o rigoroso regramento que envolve a gestão pública da saúde na atenção primária, pensar sobre a capacidade de gestão dos municípios de pequeno porte ganha uma importância expressiva. Primeiramente, porque são a maioria, e apresentam alto grau de dependência das transferências governamentais. Em segundo lugar porque, dada a importância da descentralização da assistência, tal nível de atenção é responsável por reconhecer as necessidades de saúde e ofertar ações para que sejam supridas.

Conforme Turrini *et al.* (2008), o conceito de resolutividade está associado à capacidade de solução dos problemas de saúde trazidos pelos usuários, e no modelo

hierarquizado por níveis de atenção, traduz-se como a capacidade de atender a sua demanda e encaminhar casos mais complexos para atendimento especializado. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) espera-se que a APS seja capaz de resolver 85% das demandas de saúde da população, definindo resolutividade como a “eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde”, através de assistência de boa qualidade.

Calvo e colaboradores (2016), quando propuseram a classificação dos municípios de acordo com influentes de gestão em saúde, para avaliação do desempenho em saúde, estabeleceram estratos dentre favorável, regular e desfavorável, considerando as características demográficas, capacidade de financiamento e poder aquisitivo da população como influentes da gestão da saúde, além do porte populacional. Tal estudo evidenciou que 77 a 100% dos municípios de grande porte estudados, estão na categoria favorável, enquanto 10 a 17% dos municípios pequenos apresentam esta mesma condição

A dependência das transferências governamentais apresentada por municípios pequenos exige que os gestores municipais tenham domínio do regramento financeiro e habilidades de gestão para o acessar tais recursos transferidos. Do contrário, os municípios utilizam cada vez mais os recursos advindos das suas próprias arrecadações, mesmo possuindo saldos expressivos em suas contas bancárias, advindos de transferências intergovernamentais.

Em projeto para aperfeiçoamento da gestão da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, desenvolvido em 2011, na fase de diagnóstico da situação, entre os problemas identificados e que, segundo os autores, colaboram com o insucesso dos avanços na redução de iniquidades regionais e melhoria dos resultados dos indicadores de saúde, relata-se que os gestores da APS no Brasil desconhecem o que é um serviço de saúde com base na APS. Uma vez que os mesmos são responsáveis por criar espaços para atuação das equipes prestadoras de serviços, os autores concluíram que esse desconhecimento impedia o progresso da implementação e da qualificação da APS no país (BRASIL, 2011). No mesmo projeto fora ressaltada a restrita utilização de metodologias de gestão mais modernas, como a gestão com base em resultados.

Além do desenvolvimento de habilidades de gestão, é importante envolver a equipe técnica na implementação das ações idealizadas. Ruiz-Rodriguez *et al.* (2011), ao analisar as dificuldades e fatores dinamizadores na implementação de um

modelo de atenção primária em Santander, na Colômbia, perceberam que o modelo implementado era muito diferente daquele que fora desenhado. O modelo de APS não estava orientado à solução de problemas, mas puramente à aplicação de planos para o cumprimento de metas, sem o envolvimento e integração dos diferentes atores que compunham a equipe, imprescindíveis para a implementação de sucesso do modelo proposto.

Para Mintzberg (1979) as organizações públicas são instituições dependentes do poder público, em que a autoridade do dirigente é delegada pelos governantes. Isto significa dizer que o critério de indicação do gestor da área da saúde é político, ou seja, nem sempre considera critérios técnicos para o exercício deste cargo.

Segundo o CONASS (BRASIL, 2003, p.39), os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para “o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde”, a saber, no nível municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

Em municípios de pequeno porte, a escolha do gestor municipal de saúde ocorre – na maioria das vezes – durante o pleito eleitoral, onde são estabelecidos os arranjos políticos e declarados os apoiadores dos candidatos. A falta de critérios técnicos para a escolha de tais gestores, e a ausência de mecanismos formais para o desenvolvimento de habilidades de gestão em tais pessoas indicadas, por algum tempo foi compatível com as atribuições do cargo e com o funcionamento dessas secretarias de saúde.

No processo de implementação do SUS, ao longo dos anos, foram sendo incorporadas várias exigências, determinadas por normas legais, como forma de buscar mais transparência no uso dos recursos, bem como por melhores resultados à saúde da população. Mascarenhas & Ribas (2020) ressaltam que transparência administrativa não pode ser confundida com publicidade de atos administrativos e processuais, uma vez que a transparência diz respeito ao direito do cidadão de receber informações de forma clara e compreensível. Segundo os mesmos autores, a publicidade na administração brasileira está estabelecida pela Constituição Federal de 1988, e tem como objetivo atender à necessidade de controle dos processos pela opinião pública e pelas partes interessadas. Assim, a transparência, como princípio da gestão, é mais ampla e inclui a publicidade e a compreensibilidade das informações (MASCARENHAS & RIBAS, 2020). Tornar claras as decisões tomadas pela gestão e fundamentar tais escolhas permite que a sociedade acompanhe e reconheça o valor

dos serviços públicos prestados, no atendimento de suas reivindicações ou necessidades sentidas.

Tais fatores tornam a gestão pública da saúde uma área cada vez mais complexa, que se apresenta em diferentes arranjos e se desdobra em regras, legislações, responsabilidades, tomada de decisão e suas consequências. No Sistema Único de Saúde, a gestão deve ser solidária e participativa entre os três entes da federação: União, Estados e municípios. A rede que compõe o SUS é formada por ações e serviços de atenção primária, média e alta complexidade, urgência e emergência, atenção hospitalar, vigilância em saúde e assistência terapêutica, ofertada nos serviços públicos e nos privados (BRASIL, 2020).

O CONASS (BRASIL, 2003, p.39) define quatro macro funções gestoras na saúde: a formulação de políticas e o planejamento; o financiamento; a coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema; e a prestação direta de serviços de saúde”. Em análise rápida, as quatro macro funções seriam responsáveis por diagnosticar necessidades e propor soluções, alocar recursos para viabilizar as soluções propostas, implementar tais soluções e monitorar processos e resultados e, por último, ofertar serviços qualificados à população.

A função de formulação de políticas e planejamento engloba as atividades de diagnóstico das necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação das ações. No âmbito do SUS, a programação de ações é alvo de instrumento de gestão específico, chamado Programação Anual de Saúde (PAS). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) define a PAS como o instrumento de gestão responsável por anualizar, ou seja, definir etapas anuais, das intenções expressas nas metas do Plano Municipal de Saúde (PMS), instrumento central que norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. Para o Ministério da Saúde, na PAS fica evidenciada a forma de alocação dos recursos orçamentários que custearão as políticas de saúde sob gestão do ente que constrói a peça.

Cordoni Junior *et al.* (2017), ao falar da importância do planejamento, reforçam-no como um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos necessários para programar ações e estratégias no sentido de tornar possível o alcance de objetivos e metas pré-estabelecidos.

A nova forma de financiamento da APS, implantada em 2019, traz em sua metodologia o pagamento por desempenho, no qual a definição do valor transferido depende do alcance dos resultados no conjunto de indicadores monitorados e

avaliados, quanto ao trabalho das equipes de atenção primária (BRASIL, 2019). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) o pagamento por desempenho induz o aprimoramento dos processos de trabalho e a qualificação dos resultados em saúde, assim como otimiza os processos de monitoramento e avaliação.

Para Cornejo-Ovalle, Brignardello-Petersen e Pérez (2015) o Pay for Performance (P4P) é um mecanismo de pagamento que tem recebido atenção considerável no contexto internacional como um modelo inovador para aumentar a eficiência e o desempenho dos serviços de saúde.

É uma evolução do fee-for-service definido como a transferência de dinheiro ou bens materiais, condicionada à realização de uma ação mensurável ou ao alcance de uma meta de desempenho pré-determinada. O P4P recompensa os prestadores de cuidados de saúde em troca do cumprimento de objetivos – geralmente predefinidos em termos de qualidade e eficiência do atendimento. (CORNEJO-OVALLE; BRIGNARDELLO-PETERSEN; PÉREZ, 2015, p.62, tradução nossa).

Massuda (2022) versa sobre estudos que demonstram que países com sistemas de saúde organizados com base na APS apresentam melhores condições de saúde e mais equidade nos resultados de saúde. Porém, ressalta que a metade da população mundial não tem acesso a serviços essenciais de saúde, reiterando que em países de baixa e média renda a APS é subdesenvolvida, subfinanciada e encontra dificuldades para dispor de força de trabalho qualificada. Com base em estudos da Lancet (HANSON *et al.*, 2022), que afirmam que a capitação deve ser a pedra angular da remuneração de equipes de APS por vincular as pessoas às equipes e que o pagamento por desempenho deve ser utilizado para incentivar as equipes melhorar os resultados na saúde da população sob sua responsabilidade, o autor tece críticas ao Previne Brasil por repassar o valor aos municípios e não diretamente às equipes. Na forma como foi idealizado, segundo Massuda (2022), esses instrumentos podem exacerbar desigualdades, ao penalizar municípios com menor capacidade gerencial, de infraestrutura, de recursos humanos e tecnológicos. Para o autor, os instrumentos estabelecidos pelo Previne Brasil poderiam ser valiosos para aprimorar a eficiência do gasto na Atenção Primária, desde que fossem adicionados ao esquema do PAB e que os recursos fossem repassados diretamente às equipes prestadoras de serviços (MASSUDA, 2022).

O estudo publicado na Lancet, reuniu 22 especialistas de 15 países, que

analisam como os modelos de financiamento podem fortalecer a APS em países subdesenvolvidos. HANSON *et al.* (2022, p. 755) afirmam que a APS é reconhecida como um componente chave de todos os sistemas de saúde de alto desempenho, sendo a base essencial da cobertura universal em saúde. Tal comissão conclui que o modelo de pagamento dos prestadores de cuidados primários deve se basear em modelo misto, adaptado a cada contexto, mas tendo a capitação no centro. Reiteram que os sistemas de pagamento devem permitir que recursos adequados fluam para o nível de APS de forma que sejam equitativos e adequados às necessidades das pessoas. Que devem criar um ambiente de incentivo adequado para promover ações de prevenção, promoção, gestão e tratamento de saúde, fomentar a centralidade nas pessoas e se suficientemente flexíveis para suportar mudanças nos modelos e abordagens de prestação de serviços.

Para Braveman e Gruskin (2003) equidade em saúde pode ser compreendida como a oportunidade justa – que não deve ser negada - de cada pessoa alcançar seu pleno potencial de saúde, traduzidos em justiça social e sanitária.

Hanson *et al.* (2022) afirmam que a capitação é a única forma de pagamento que se baseia no princípio da equidade, porque tem como ponto de partida um pagamento fixo por pessoa, que pode ser ajustado com base em necessidades de saúde e outros fatores. Citam ainda que a capitação é o único método que paga aos provedores de APS para gerenciar a saúde da população e prioriza a preservação da boa saúde.

Gerir recursos para promoção da saúde, com base nas necessidades do território exige qualificação técnica, para uma administração qualificada.

Quanto à importância da gestão qualificada, Leone, Dussault e Lapão (2014, p. 151) pontuam que o desempenho de uma instituição, especialmente na área pública, depende da força de trabalho e que “uma má administração explica, em boa parte, os fracos resultados dos serviços de saúde”. Ao apresentar o plano para a reforma da atenção primária em Portugal, os autores evidenciam a preocupação com a formação das lideranças e as estratégias de formação voltadas para os gestores. Justificada pela transição de uma velha lógica de funcionamento hierárquico e vertical, para uma dinâmica alicerçada na contratualização e em redes de serviços, investem em compreender a cultura organizacional, vista como decisória para qualquer proposta de mudança. Segundo os autores, o clima organizacional e sua interferência na implementação de um projeto pode levar à não adesão às mudanças, que por sua vez

pode inibir o processo antes mesmo que as pessoas se deem conta dos benefícios advindos deste.

Segundo Lapão (2020, p. 3), no contexto europeu e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS) as reformas no setor de saúde têm como objetivo a melhoria do acesso e da equidade a serviços de qualidade. Entre as estratégias para o alcance deste objetivo está o fortalecimento da Atenção Primária, com melhor integração dos serviços e mobilização mais adequada de recursos financeiros e humanos. O autor aponta que o sucesso das reformas propostas para o alcance dessas mudanças “depende da existência de um ambiente institucional e organizacional que crie condições favoráveis para sua implementação”. Afirma ainda:

Em âmbito organizacional, devem existir capacidades humanas e técnicas de gestão, tais como uma equipe de dirigentes competentes, o acesso a sistemas de informação ágeis e confiáveis, e a instrumentos de gestão adaptados, além da autonomia na distribuição dos recursos (LAPÃO, 2020, p. 3).

Além de destacar a importância de se contar com trabalhadores de saúde em quantidade e qualidade suficientes, Bustos *et al* (2015) apontam que estratégias inovadoras de planificação, formação e gestão de desempenho poderiam contribuir para o enfrentamento dos problemas relacionados à gestão dos recursos humanos.

Especificamente quanto à atenção primária, o modo como a estrutura e os processos de planejamento e gestão são organizados deve ser analisada, pois impacta diretamente nos resultados obtidos pelas equipes. Segundo Lapão e Dussault (2020), o fortalecimento da qualificação é fundamental para criar gestores com competências e atitudes para suportar os desafios da gestão contemporânea, assim como o acompanhamento continuado dos gestores, sistemas de incentivos coerentes com os objetivos das reformas, além do financiamento adequado.

### 1.3 A EFICIÊNCIA, A QUALIDADE E SUA RELAÇÃO COM A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A Administração Pública de qualidade deve figurar entre os compromissos do agente público, em qualquer que seja o nível organizacional em que esteja atuando. Da execução de tarefas mais simples até a coordenação de programas e políticas, a preocupação com a execução qualificada dos procedimentos tem profunda relação com a obtenção de bons resultados.

Qualquer análise acerca dos gastos declarados pelos municípios, comparadas aos resultados em saúde entregues à sociedade pelos mesmos municípios, demonstrará que nem sempre aqueles que apresentam os maiores gastos per capita são os que possuem os melhores indicadores de saúde. Resumir a equação aos recursos seria ignorar o peso dos processos para a obtenção dos resultados. Assim como focalizar apenas em processos, quando os recursos mínimos não estão disponíveis, não possibilitará que bons resultados sejam atingidos.

Gil *et al.* (2017) defendem que as políticas de saúde precisam ser monitoradas e avaliadas, para que recursos destinados a elas sejam otimizados e cumpram sua missão de diminuir desigualdades e melhorar a vida da população.

Silva *et al.* (2018, p. 389) tece considerações sobre o tema, afirmando que na conclusão dos seus estudos sobre os fatores associados à eficiência, observou-se que “maiores gastos per capita em AB, não necessariamente representam maior eficiência na aplicação dos recursos”.

Romano e Choi (2016, p. 360) ressaltam que medir eficiência em organizações sanitárias é uma tarefa complexa, mas que apresenta um interesse crescente na área da gestão em saúde, dado o fato de que, num contexto de recursos escassos, se torna cada vez mais importante a busca por boas práticas. Afirmam que há que se reconhecer que “a destinação eficiente de recursos dará lugar a uma maximização da quantidade e qualidade da saúde”. Os autores chamam atenção para a necessidade de se avaliar eficiência além de números absolutos de pessoas atendidas ou serviços e produtos ofertados, mas focando na qualidade dos processos durante a aplicação dos recursos.

Segundo Portela (2000, p. 264), a eficiência, sob a ótica dos pilares da qualidade definidos por Donabedian, pode ser medida através de análises da relação custo-benefício, custo-efetividade e custo-unidade. A autora afirma que análises monetárias são criticadas na área da saúde devido à dificuldade em atribuir valores monetários a resultados de saúde. Segundo a autora, a forma ideal de monitorar efeitos produzidos por cuidado à saúde na população-alvo são os indicadores de resultado que, se demonstrarem limitações no monitoramento, devem ser complementados por indicadores de estrutura e de processo.

Santos-Neto *et al.* (2019) concluem que mesmo o recurso se mostrando uma condição necessária para a eficiência, ele não é suficiente, reforçando a necessidade de os gestores públicos federais, estaduais e municipais refletirem sobre a

necessidade de se alterar o padrão de eficiência técnica, através de mecanismos que ofereçam tecnologias de aperfeiçoamento da gestão municipal para a melhor utilização dos recursos disponíveis.

Mascarenhas e Ribas (2020) afirmam que a administração pública precisa encontrar a melhor forma de direcionar, de maneira eficiente e efetiva, as receitas tributárias para o SUS. Os autores reforçam que a escolha sobre onde e como alocar recursos sempre foi uma decisão política, havendo erros e acertos próprios da atividade do gestor público.

Para Donabedian (1992), independentemente da amplitude da definição de qualidade, existem três níveis de abordagens possíveis para a avaliação de desempenho na saúde, que podem ser chamadas de estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1992).

O termo 'estrutura' se refere a todos os atributos - materiais e organizacionais - relativamente estáveis nos locais em que se presta assistência à saúde. O termo 'processo' inclui tudo que os médicos e outros provedores de atenção fazem por seus pacientes, assim como a habilidade com que o realizam. Esse termo inclui também o que os pacientes fazem por eles mesmos. O termo 'resultados' faz referência ao que se obtém para o paciente. Mais especificamente, um resultado supõe uma mudança no estado de saúde – para bem ou para mal – que pode ser atribuída à atenção que está sendo avaliada (DONABEDIAN, 1992, p.20, tradução nossa).

Gil *et al.* (2017) afirmam que Donabedian contribui com a avaliação da qualidade através do conceito de que o melhor cuidado é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, levando em conta ganhos e perdas. O que se pretende é aplicar tais conceitos à gestão da saúde em municípios pequenos, que são o foco desse estudo.

Carvalho, Nunes e Cordoni Junior (2018) destacam:

Embora os municípios de pequeno porte se constituam em maioria, inclusive nos espaços de representação do SUS, seus gestores não se sentem empoderados para fazer com que a realidade dessas localidades sejam consideradas e que políticas públicas se destinem a apoiá-los na condução do processo de gestão (CARVALHO; NUNES; CORDONI JUNIOR, 2018, p.145).

Além da complexidade das políticas, a informalidade da gestão – por contar com a participação de técnicos que apoiam a gestão sem um vínculo formal com a

atividade – faz com que haja alta rotatividade na composição dessas equipes, e a compreensão necessária dos processos muitas vezes só é atingida quando o município passa por novas mudanças.

Em última análise, o novo modelo de financiamento propõe medidas estruturantes para a APS, expressas em cinco compromissos que Reis *et al.* (2019) sintetizam como (i) ampliação do acesso, (ii) um modelo de financiamento baseado em resultados de saúde e eficiência, (iii) um modelo de provimento de médicos para áreas mais remotas, (iv) fortalecimento da clínica, (v) informatização das unidades e do prontuário. Porém, orquestrar todos esses compromissos é função do gestor, e uma vez que o modelo os propõe a todos os municípios, é preocupante a falta de padrão com a organização da gestão da APS naqueles de pequeno porte.

A eficiência, enquanto princípio constitucional a ser obedecido, se configura como um dos objetos da avaliação de políticas públicas, expresso pelo compromisso do ente público com a entrega de resultados para a sociedade.

Conforme aponta Paixão:

O agente público precisa preservar, no exercício de seu múnus público, o mais estrito dever de obediência aos princípios basilares que regem a Administração Pública. Princípios estes que estão insculpidos no artigo 37, *caput*, da Constituição Federal de 1988 e que orientam a Administração Pública direta e indireta à observância dos postulados da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência (PAIXÃO, 2019, p. 178).

Meirelles (2016, p.105) comenta que o princípio da eficiência impõe que a administração pública seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. O autor comenta que a eficiência é o mais moderno princípio da administração, não mais sendo suficiente ser desempenhada com legalidade, mas exigindo resultados positivos para o serviço público e o atendimento às necessidades da comunidade e de seus membros.

A institucionalização de práticas avaliativas voltadas às políticas, programas e serviços de saúde, vem ganhando destaque no Brasil ao longo dos anos, dada a importância da avaliação para a proposição, manutenção ou correção de intervenções que sejam efetivas.

Gil *et al.* (2017, p. 4676) destacam o desenvolvimento da avaliação como processo de reflexão e reorganização de práticas de trabalho, enfatizando que sua

utilização pode contribuir para “a melhoria da qualidade das ações prestadas à população e para uma gestão mais efetiva do Sistema Único de Saúde”.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação do escopo de atuação dele, somadas aos progressos e desafios trazidos pela municipalização da gestão evidenciam a necessidade de se promover avanços na cultura avaliativa.

A gestão da saúde é um desafio, haja vista a crescente demanda pela incorporação de novas tecnologias e de serviços mais complexos e caros, em contraponto aos recursos cada vez mais escassos. Por se tratar de tema indispensável para a qualificação da gestão em saúde pública, objeto principal do aprimoramento pretendido para o alcance de melhores resultados, pretende-se aqui abordar conceitos e definições sobre a avaliação e sua relevância no ciclo de políticas públicas.

No processo de implantação do SUS, algumas áreas foram organizadas por meio da formulação de políticas públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde, que são implementadas em nível local, com certo grau de permissão de customização e tomadas de decisão. Porém, a formulação de políticas públicas ainda é um processo centralizado e pouco participativo.

Para Gil *et al.* (2017), a avaliação em saúde traz a possibilidade de construir, de maneira sistemática e contínua, momentos reflexivos que permitam analisar a realidade, redirecionar ações, tendo como foco os resultados que se pretende alcançar.

A participação de pessoas que estejam envolvidas em todos os níveis da implementação de uma política, desde o processo de formulação e planejamento é um fator importante a se destacar. Conforme afirma Jannuzzi (2011, p. 259), em muitos estudos avaliativos realizados por “puristas metodológicos”, os resultados a que se chega são aqueles já conhecidos pelo gestor do programa. A adesão à cultura avaliativa por parte de gestores, coordenadores e executores de programas e políticas públicas é de fundamental importância para um conhecimento mais apurado da realidade, diagnósticos mais assertivos e melhorias no processo de trabalho.

Convém destacar o processo de formulação de políticas públicas, tal como é descrito, que segundo Jannuzzi (2011, p. 259), que o referencia como *Policy Cycle*, é composto por cinco etapas, quais sejam:

1. definição da agenda política, que seria o resultado de uma série de caminhos e métodos que culminem no reconhecimento de uma questão social como um

- problema público e da necessidade da ação governamental para a sua solução;
2. formulação de políticas e programas, etapa que se caracteriza pela construção de possíveis soluções, encaminhamentos e programas para lidar com a questão legitimada na agenda;
  3. decisão técnico-política, que é a etapa em que se escolhe uma ou algumas das alternativas formuladas;
  4. implementação de políticas e programas, onde ocorre a efetivação da ação governamental na alocação de recursos e no desenvolvimento de processos previstos nas alternativas ou programas escolhidos anteriormente; e,
  5. avaliação das políticas e programas, onde se faz uma análise se os esforços empreendidos estão sendo efetivos no sentido de solucionar o problema original.

Cumprir destacar que a avaliação, segundo o autor, enquanto etapa desse ciclo, realiza-se após a implementação e se trata de um momento reflexivo, para se decidir sobre a continuidade ou não do programa. Jannuzzi (2011, p. 254) enfatiza que os processos avaliativos em curso, mesmo motivados por preocupações legítimas acerca da responsabilidade com o gasto público, raramente permitem acompanhar a ação governamental, da alocação dos recursos públicos ao impacto junto à sociedade. E relaciona essas dificuldades de monitoramento e avaliação ao fato de utilizar-se modelos prontos que não sejam customizados ao estágio de maturidade dos programas, ao momento do ciclo em que ele se encontra, além de não serem feitas análises quanto ao grau de avaliabilidade dos mesmos.

Propor parâmetros para apoiar equipes de planejamento e gestão constitui-se num desafio. Os parâmetros são representações de boas condutas que, segundo a pesquisa, podem contribuir para a melhoria da qualidade dos processos e do atingimento de resultados, obedecendo os ciclos de planejamento previstos nas normativas como obrigatórios ao gestor. A proposição desses parâmetros segue um rito de avaliação e julgamento que permeia a própria evolução do conceito de avaliação em saúde.

Por definição, parâmetro é aquilo que serve de base para que se avalie algo, podendo ser uma medida ou um padrão utilizado para tal avaliação (MICHAELIS, 1998). No âmbito da saúde, o emprego do termo e o estabelecimento de parâmetros é bastante diversificado, desde o dimensionamento do quadro da enfermagem, como

para a programação do número de consultas e exames a serem contratados para atender determinada população, até a definição de valores considerados dentro da normalidade em uma análise laboratorial, entre inúmeras outras aplicações. Aqui nesse estudo, a definição de parâmetro se refere a normas técnicas mínimas, que se constituem em referências para orientar gestores e equipes de planejamento em determinados contextos organizacionais.

A proposição de parâmetros essenciais surge com a intenção de estabelecer um padrão mínimo para a estrutura e os processos na organização da área em secretarias municipais de saúde de pequenos municípios. Para além de uma análise exploratória da realidade, ou do incentivo ao compartilhamento de experiências de gestores e equipes de planejamento, procura-se traduzir tais buscas realizadas durante o estudo em um objeto prático e relevante. Por mais que as secretarias não implementem todos os parâmetros propostos em cada um dos contextos, o exercício de autoavaliação contribui para o processo de construção da cultura de planejamento dentro do setor.

Para Tanaka e Melo (2001, p. 13) “a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão” que envolve medir, comparar e emitir juízo de valor. Os autores reforçam que essa atividade não deve ser desenvolvida somente por especialistas, e uma vez que ela direciona ou redireciona a execução de ações, deve ser desenvolvida por todos aqueles que estão envolvidos no planejamento e execução.

É consenso entre os autores que avaliar consiste em um julgamento de valor. Nesse sentido, Cordoni (2013, p. 92) refere que “A questão mais importante de uma avaliação é a determinação da valia. Para isso, devemos encontrar um critério, ou seja, uma forma, um meio para estabelecer o valor ou mérito”. Tal afirmação denota a preocupação necessária do autor quanto à observação de padrões ou parâmetros que tenham sido estabelecidos acerca do objeto avaliado.

Portela (2000) afirma que a avaliação em saúde pressupõe o julgamento e a comparação dos comportamentos de atributos que sejam mensurados, como critério de apreciação da adequação, dos benefícios, efeitos adversos e custos associados.

Samico *et al.* (2010, p. 16) justificam que a escolha por determinado método de avaliação em saúde está relacionada muito mais ao objeto de avaliação do que ao modelo ou linha proposto, sendo que cada processo avaliativo se configura conforme a realidade a que se destina conhecer e avaliar e para quem as informações obtidas

serão úteis. Definidos os interessados no processo e que perguntas devem ser respondidas, bem como a utilização das respostas obtidas, é importante destacar também a preocupação com a viabilidade da abordagem, considerando a disponibilidade de tempo e recursos.

Jannuzzi (2011, p. 269) aponta que, na prática, a análise de estudos avaliativos de programas e políticas públicas evidenciam que “a natureza do programa, o estágio em que ele se encontra, os objetivos de avaliação e a disponibilidade de tempo e recursos acabam orientando as decisões metodológicas acerca dos instrumentos e técnicas de pesquisa”.

Brousselle e colaboradores (2011) apresentam o histórico da avaliação em saúde em quatro gerações, através das quais os processos avaliativos apresentaram o desenvolvimento de características específicas que deram origem à diversidade e riqueza do campo de avaliação de nossos dias. As principais características de cada uma das gerações são: medida (Geração I), descrição (Geração II), julgamento (Geração III) e negociação (Geração IV).

A Geração I contribui com o desenvolvimento da epidemiologia e da estatística, e permite que sejam realizadas comparações entre populações ou grupos de uma mesma população. Apesar da contribuição para o avanço da capacidade analítica, a tradução de medidas de produtividade para análise da qualidade se mostra um recurso limitado. Na II Geração aparece o conceito de avaliação formativa.

Além de efetuar a coleta sistemática dos dados e proceder às atividades de medida da intervenção, o avaliador deve também descrever os programas, compreender sua estrutura e seu conteúdo, identificar suas forças e fragilidades a fim de determinar se eles permitem responder aos objetivos e, finalmente, fazer recomendações para favorecer sua melhoria (BROUSSELLE *et al*, 2011, p. 29).

Durante a Geração III ocorre a profissionalização e institucionalização da avaliação, com a criação de instituições formais de avaliadores, e o avaliador assume a posição de juiz, enquanto aquele que realiza um julgamento sobre o objeto avaliado. E finalmente, na IV Geração, que segundo os autores compreende o período de 1990 até os dias atuais, ocorre a valorização da negociação, com a ampliação do espectro de ferramentas avaliativas e a utilização de abordagens qualitativas. “Procura-se também aumentar a participação dos diferentes grupos de atores envolvidos por cada avaliação para levar em conta os diferentes pontos de vista que existem sobre a

intervenção” (BROUSSELLE *et al.*, 2011, p.37).

Furtado e Laperrière (2012, p. 697) tecem comentários sobre a avaliação de V Geração. Para os autores, a avaliação deve ir além do diálogo, não sendo suficiente propor aos participantes emitir opiniões e questionamentos, mas que ela deve incluir a dimensão do agir. Para os autores, a avaliação deve “fomentar a consciência da necessidade da ação para transformar a situação avaliada”, incluindo um plano de ação realista dentro do contexto local específico.

Para Donabedian (1980), a avaliação da qualidade em saúde pressupõe a seleção de critérios para julgar e comparar adequação, benefícios e custos. Para o autor, o padrão se refere a um valor determinado para distinguir a qualidade das práticas ou dos serviços de saúde.

É sabido que a área da gestão em saúde, apesar de apresentar uma grande evolução no seu modo de organização, é carente de processos institucionalizados que lhe permitam a evolução contínua e a inovação. Melo e Tanaka (2002) falam sobre a inovação na gestão pública da saúde, enfatizando que é possível que sejam feitos avanços nos modelos de gestão a partir de valores próprios, porém enumeram barreiras detectadas para este movimento.

Em particular, as instituições públicas de saúde são plenas de barreiras à inovação, entre as quais podem ser enumeradas, a título ilustrativo: a baixa descentralização e desarticulação do processo de gestão existente; a falta de profissionalização dos gestores; o incipiente controle social da gestão; a predominância de elementos da administração clássica; a pouca comunicação entre os sujeitos interessados e participantes do processo de gestão e, mesmo, o não-reconhecimento de que atores com menos poder organizacional também gerem a saúde (MELO; TANAKA, 2002, p. 203).

Apesar de já terem se passado 20 anos dos problemas elencados por Melo e Tanaka (2002), a vivência com gestores e com os processos de gestão nos pequenos municípios, nos levam a acreditar que tais barreiras ainda se constituem em problemas atuais. Desta forma, valorizar atores com menor poder organizacional é imprescindível para a compreensão do desenvolvimento da gestão de municípios pequenos. A alternância de poder, somada aos fatores descritos pelos autores, justifica que sejam identificados e padronizados modos operativos bem-sucedidos.

Para Melo e Tanaka (2002, p. 206), a atitude fundamental para se identificar inovações é a percepção de que as coisas não são o que parecem, e que por isso

existe a grande possibilidade de que, “na desordem aparente do sistema público de saúde, estejam em desenvolvimento inovações na gestão”. Segundo os autores, a identificação dos avanços seria possível através da observação, identificação e interpretação de aspectos anômalos, não-rotinizados, ou que se traduzem em modificações ou desvios do processo de gestão formal, apresentado pelos autores como sendo, no conceito de De Certeau como tática (De Certeau apud Melo e Tanaka, 2002). Segundo Melo e Tanaka, a tática é determinada pela ausência de poder e, portanto, considerada por De Certeau como a arte do mais fraco. Para eles, a tática permite tornar mais forte alguém que esteja numa posição mais fraca.

A partir desse referencial, podemos sugerir uma categoria: inovação como tática. Isto permite-nos estudar as inovações como resistências/mudanças produzidas nas práticas cotidianas, entendidas como modos, formas, processos e instrumentos adotados pelos atores/gestores, visando a criar atitudes e modos de pensar que contribuam para o enfrentamento de situações consideradas desfavoráveis (MELO; TANAKA, 2002, p. 207).

Observar municípios pequenos que possuem características demográficas e capacidade instalada das secretarias de saúde semelhantes, mas com resultados financeiros e de saúde divergentes, desperta o interesse em compreender sua organização interna na gestão da saúde pública. Compreender o planejamento, se existem critérios claros para alocação de recursos e se tais critérios atendem às necessidades de saúde daquele território.

Alocar recursos, sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa é um desafio que o gestor enfrenta cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. (BRASIL, 2007, p.132).

Destas reflexões surgiram questões que este estudo pretende que sejam respondidas: Quais são os pontos mais importantes e de maior impacto nos resultados obtidos por municípios pequenos que estruturam esse setor? Qual a estrutura mínima e que processos são prioritários para a garantia da eficiência de uma secretaria de saúde de um município pequeno?

Do espaço de tomada de decisão dos profissionais que integram as equipes municipais de planejamento e gestão, e do campo de atuação da presente pesquisadora, é restrita a governabilidade sobre o aumento do financiamento da

saúde, as regras para alocação de recursos ou mesmo a definição de critérios estabelecidos em políticas públicas que são implementadas. No Brasil, dos 5.570 municípios existentes, 67,6% (3.770 municípios) deles possuem menos que 20 mil habitantes. O país conta com apenas 49 municípios com mais de 500 mil habitantes, para os quais a estruturação da gestão e o complexo regramento não se traduz em fator tão dificultador. Daí o interesse e a importância do estudo da organização do setor em municípios pequenos, para a obtenção de melhores resultados, em busca da eficiência.

No campo da avaliação em saúde, uma vez constatada a pertinência de um programa ou política pública, e analisado seu modelo lógico, constatando-se que o programa é socialmente justificável, passa-se então para a avaliação da eficiência e do custo-efetividade, que segundo Jannuzzi (2011), tem como objetivo responder se o custo da operação do programa legitima-se pelos efeitos por ele produzidos, e se é replicável para outras escalas de operação.

Diante da exposição dos conceitos cumpre destacar que a avaliação, para que cumpra seu papel no processo de reflexão sobre as políticas de saúde, deve sempre respeitar o método, garantindo confiabilidade ao processo avaliatório, e possibilitar a participação de pessoas que tenham intimidade com o processo de trabalho. A partir daí, conforme as perguntas que se queira responder, ela pode estar voltada à correção do processo de implementação ou à validade daquela intervenção mediante os resultados que se deseja obter.

Segundo Gil *et al.* (2017, p. 262):

No Brasil, em se tratando de avaliação, encontramos como um dos principais desafios para a efetividade e promoção da equidade das políticas sociais o desenvolvimento de uma cultura de avaliação no âmbito das organizações, sejam elas governamentais ou não governamentais.

A adesão à cultura do planejamento e da avaliação na gestão pública, por parte do agente público, pode ser o diferencial para o alcance de melhores resultados. Além dos ganhos advindos do pensamento sistêmico e estratégico, o ato de planejar garante legitimidade aos processos, reforçando que as ações sejam tomadas com base em diagnósticos e necessidades reais.

O objetivo ao qual esta pesquisa se debruça é compreender aspectos relevantes em municípios com desempenhos financeiros extremos, de resultados

satisfatórios e pouco satisfatórios, e propor parâmetros essenciais, em termos de estrutura e processos para o planejamento e a organização da atenção primária em saúde em secretarias municipais de municípios de pequeno porte, com vistas à obtenção de melhores resultados no processo de gestão da saúde.

## 2 OS OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL:

2.1.2 Avaliar a organização da estrutura e dos processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em secretarias municipais de saúde de municípios de pequeno porte.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1 Analisar a relação existente entre o porte populacional de municípios e seus resultados financeiros, na macrorregião norte do Estado do Paraná;

2.2.2 Elaborar e validar matriz de avaliação e julgamento da estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde;

2.2.3 Analisar a estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde em dois grupos de municípios, estabelecidos conforme indicadores financeiros do SIOPS;

2.2.4 Propor parâmetros essenciais para a organização da estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde (APS), em municípios de pequeno porte.

### 3 O MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa sequencial de duas fases, sendo a primeira de abordagem quantitativa, para caracterização da população e definição dos casos; e uma fase de abordagem qualitativa, de casos múltiplos, para análise aprofundada da estrutura e processos de planejamento e gestão de secretarias municipais de saúde de municípios de pequeno porte.

A macrorregião de saúde em foco é composta por 97 municípios, sendo a maioria de pequeno porte. Localizada na região norte do Estado do Paraná, é subdividida em cinco regiões de saúde, estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado, para as quais é definido um município sede, que abriga uma equipe regional para apoio institucional. Além disso, para a organização da gestão, cada um dos 97 municípios apresenta uma secretaria municipal de saúde, para os quais a estrutura e organização dependem do porte do município e capacidade de gestão.

A caracterização da população de municípios estudada partiu da correlação entre os resultados de indicadores financeiros e porte populacional de 100% dos municípios, para melhor compreensão das características estruturais da população estudada. Em seguida, foram selecionados 6 indicadores financeiros da área da saúde, considerados relevantes para análise da capacidade de gestão, para os quais foram submetidos à análise todos os municípios da macrorregião com populações entre 3.001 e 20.000 habitantes (por serem os municípios cujo porte representa a maior parte da população estudada – 74% dos municípios). A partir deles, foram definidos os oito municípios que integraram a segunda fase da pesquisa, conforme critérios que serão detalhados a seguir.

Foram utilizadas duas fontes de dados para construção da base de dados analisada: o Sistema de Informação em Orçamento Público em Saúde (SIOPS/DATASUS), a população conforme estimativa enviada ao Tribunal de Contas da União (TCU) e a classificação dos municípios por tipologia, dados produzidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Conforme a Organização Panamericana da Saúde (2013, p. 79), o Decreto nº 7.827 (2012) estabeleceu as diretrizes do SIOPS e determinou este sistema como fonte de informação para elaboração de prestação de contas e para controle, sendo utilizado pelos tribunais de contas.

Na sequência, são apresentados detalhes de cada fase desse percurso

metodológico:

### 3.1 A CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Foram caracterizados os 97 municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, analisados quanto à tipologia do IBGE, dados demográficos e indicadores financeiros.

Utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (como mínimo, máximo e desvio padrão) as variáveis foram descritas e apresentadas por meio de estatística descritiva, através de medidas de dispersão.

Primeiro, e considerando que as variáveis estudadas não possuíam uma classificação já padronizada, foram definidos intervalos populacionais que possibilitassem o agrupamento de municípios conforme o porte e, conseqüentemente, a comparação dos municípios entre si, quando em uma mesma classe, correlacionando os indicadores financeiros através de medidas de dispersão. Para tanto, foram definidas oito categorias populacionais, sendo distribuídos da seguinte forma: municípios com menos de 3000 habitantes, de 3.001 a 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 mil habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 101.000 a 500.000 habitantes e municípios com mais de 500.000 habitantes.

Então, com os dados organizados de maneira contínua, aplicou-se como método complementar à descrição, o cálculo de medidas de dispersão, apresentados por meio de gráficos de dispersão, por variáveis e estratificados por classes, conforme porte populacional do município. Como análise inferencial, aplicou-se a análise de correlação linear de Pearson entre as variáveis dependentes (indicadores financeiros) e o porte populacional (apresentado de maneira contínua), a fim de apontar a presença, ou não, de padrões estatisticamente significativos entre as informações relacionadas na hipótese. A análise de Pearson mede a relação estatística entre duas variáveis contínuas, assumindo valores entre -1 e 1, sendo que o sinal indica se a correlação é positiva ou negativa, e o valor indica a força da correlação (por exemplo, 0,9 indica uma correlação muito forte, para mais ou para menos).

A primeira fase da pesquisa deu origem a um manuscrito (Apêndice 8).

### 3.2 A DEFINIÇÃO DOS CASOS

Partindo da análise dos resultados financeiros, foram selecionados os municípios (casos) que comporiam a fase qualitativa da pesquisa, tomando-se o cuidado para que estes apresentassem as características estruturais dos dois grupos antagônicos estabelecidos para análise: aqueles que apresentaram os melhores resultados e aqueles que tiveram os resultados mais baixos nos indicadores avaliados.

Procedeu-se à análise dos indicadores financeiros (Quadro 1), calculados automaticamente pelo SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde) a partir de dados contábeis: percentual de aplicação de recursos públicos em saúde, percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município, despesas totais em saúde por habitante, despesas em saúde provenientes de recursos próprios, despesas em saúde provenientes de transferências intergovernamentais, percentual das transferências intergovernamentais no gasto total em saúde. Os últimos dois indicadores foram calculados pela autora, conforme descritos a seguir:

- Despesas em saúde provenientes de transferências intergovernamentais: Subtração das despesas em saúde provenientes de recursos próprios do Total de despesas em Saúde

- Percentual de transferências intergovernamentais no gasto total: A equivalência do valor da subtração acima, comparado com o valor total, em percentual.

Todos os dados trabalhados nesta etapa foram referentes ao ano de 2019. Não foram utilizados dados relativos às despesas declaradas por subfunções, pela inconsistência dos dados, uma vez que – por serem de natureza declaratória – dependem da qualificação dos gastos e nível de organização e compreensão por parte dos envolvidos na organização do orçamento municipal.

**Quadro 1: Descrição dos indicadores financeiros utilizados para definição dos casos, e sua relevância.**

Indicador	Relevância
-----------	------------

Percentual de aplicação de recursos públicos em saúde	Demonstrar o percentual aplicado em saúde proveniente de recursos próprios, se obedece ao mínimo preconizado pela LC 141/2012.
Percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município	Dimensionar o grau de dependência do município em relação aos recursos transferidos pela União (FPM) e pelos Estados (ICMS).
Despesas totais em saúde por habitante	Dimensionar a despesa total do município com saúde, por habitante.
Despesas em saúde provenientes de recursos próprios	Demonstrar os valores (em reais) de despesas em saúde por habitante, proveniente de recursos próprios.
Despesas em saúde provenientes de transferências intergovernamentais (calculado pela autora)	Demonstrar os valores (em reais) de despesas em saúde por habitante, proveniente de transferências intergovernamentais.
Percentual das transferências intergovernamentais no gasto total em saúde (calculado pela autora)	Dimensionar a participação percentual dos recursos transferidos por outras esferas de governo para a saúde, para o município, em relação ao gasto total com saúde.

Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Elaboração própria

Percebeu-se que 73, dos 97 municípios, ou seja, 74% deles, possuíam entre três mil e vinte mil habitantes. Considerando a intenção de se estabelecer consensos relacionados ao tema de estudo que fossem úteis para municípios de pequeno porte, e valorizando as diferenças estruturais e de processos existentes entre municípios de diferentes portes populacionais, bem como a potencial interferência desses fatores na organização das secretarias municipais de saúde, optou-se por direcionar a análise dos indicadores a este subgrupo.

Os 73 municípios foram separados dos demais e, utilizando filtros para classificação em ordem crescente e decrescente, foram observados os maiores e os menores resultados para cada um dos seis indicadores financeiros selecionados, conforme recortes apontados no Quadro 2:

**Quadro 2 – Apresentação dos recortes para avaliação dos indicadores financeiros do SIOPS e seleção de casos, 2019.**

Indicador	Recortes (mínimo e máximo)	Parâmetro Médio	Justificativa
-----------	-------------------------------	--------------------	---------------

Percentual de aplicação de recursos públicos em saúde	15% a 16,72% 27,68% a 34,99%	23,15%	Eficiência
Percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município	60,18% a 74,71% 92,14% a 95%	78,20%	Capacidade administrativa
Despesas totais em saúde por habitante (em reais)	1428,58 a 1794,15 383,23 a 730,74	1.034,47	Responsabilidade sanitária Eficiência
Despesas em saúde provenientes de recursos próprios (em reais)	929,89 a 1207,42 300,71 a 375,76	660,62	Responsabilidade sanitária Eficiência
Despesas em saúde provenientes de transferências intergovernamentais (em reais)	4,36 a 190,18 577,16 a 1169,75	-	Capacidade de gestão
Percentual das transferências intergovernamentais no gasto total em saúde	54% a 66% 0% a 23%	82,97	Capacidade de gestão

Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Elaboração própria

A partir da avaliação dos indicadores quanto aos parâmetros estabelecidos, foram selecionados os quatro municípios que evidenciaram mais resultados considerados satisfatórios e os quatro municípios que apresentaram resultados considerados insatisfatórios para os indicadores avaliados, conforme parâmetros justificados no Quadro 3.

Plaza (2005) apud Samico *et al.* (2010) afirma que, para o estabelecimento de parâmetros ou padrões podem ser consideradas as opiniões de experts e achados de investigações. Os indicadores do SIOPS utilizados não possuem, em suas fichas de qualificação, a definição de parâmetros para avaliação. Assim, para se estabelecer valores para avaliação, optou-se pela utilização de critérios justificados pela autora no Quadro 2.

Os indicadores que não estão nas colunas classificatórias são aqueles em que os resultados alcançados pelo município estão na média, não tendo ficado entre os oito municípios com valores extremos, conforme parâmetros do Quadro 3.

Verificados os resultados, esses municípios compuseram os casos definidos para o estudo, enumerados de 1 a 8 conforme ordem alfabética, e organizados em dois grupos, conforme os resultados. Vale ressaltar que, organizados desta forma fica

evidente que os quatro municípios com melhores resultados possuem menos de 10 mil habitantes, e os quatro municípios com os piores resultados apresentam populações acima de 10 mil habitantes.

Nessa planilha foram destacados os oito maiores e oito menores resultados para cada um dos indicadores, sendo então comparados os municípios a fim de se identificar aqueles que tinham valores destacados em mais categorias. Aos resultados extremos foram atribuídos parâmetros para avaliação dos resultados, como mais ou menos satisfatórios. Conforme Samico *et al.* (2010) estabelecer critérios, indicadores e parâmetros ou padrões é condição necessária à avaliação. Segundo os autores, são esses quesitos que permitirão não apenas a descrição do evento, mas a realização de um julgamento do serviço ou da ação.

**Quadro 3: Composição da amostra de municípios quanto ao número de indicadores financeiros com resultados satisfatórios e insatisfatórios, 2019.**

Município	População	Nº de indicadores financeiros com resultados satisfatórios	Nº de indicadores financeiros com resultados insatisfatórios
<b>Mais resultados satisfatórios</b>			
Caso 2	5856	4	0
Caso 4	3385	4	1
Caso 5	5031	3	0
Caso 7	6254	2	0
<b>Mais resultados insatisfatórios</b>			
Caso 1	15233	2	2
Caso 3	13112	1	3
Caso 6	11213	1	5
Caso 8	19444	1	4

Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde). Elaboração própria

### 3.3 A CONSTRUÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO

A ferramenta aplicada aos casos consistia em uma matriz de avaliação e julgamento, que conforme Samico *et al.* (2010, p. 95), é também conhecida como

matriz final de avaliação, que além do modelo lógico do programa ou intervenção, propõe parâmetros para julgamento.

A primeira versão foi construída a partir da experiência empírica da pesquisadora, baseada em quase uma década de assessoramento aos municípios de uma região de saúde na elaboração de instrumentos de gestão do SUS, como técnica lotada na Seção de Ações Estratégicas e Redes de Atenção da Regional de Saúde (SCAERA), órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Esta primeira versão foi submetida à análise de um grupo de experts, composta por especialistas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de municípios de pequeno porte. O grupo era formado por profissionais enfermeiros, farmacêuticos, contadores, médico, gestores municipais e estaduais e prefeito, com atuação em nível municipal, regional, estadual e nacional.

A versão submetida a apreciação do grupo (Apêndice 1) fora enviada, acompanhada de uma carta com orientações sobre a atividade proposta e um resumo dos resultados parciais obtidos na fase quantitativa (Apêndice 2).

Após a análise, a ferramenta foi reformulada e submetida a validação, sendo aplicada aos oito municípios casos que compõem o estudo.

### 3.4 A APLICAÇÃO DA MATRIZ

Para aplicação da matriz e análise dos achados, optou-se pelo estudo de casos múltiplos. A decisão pelo método de estudo de caso se deu em decorrência da pergunta de pesquisa que, por se voltar ao entendimento da correlação dos eventos pesquisados e sua repercussão nos resultados, tendia para um método já descrito na literatura como sendo adequado para a investigação de processos organizacionais e administrativos na vida real (YIN, 2010). Yin relata que o estudo de caso favorece pesquisas que, no exame de eventos contemporâneos, conta com muitas das mesmas técnicas da pesquisa histórica, tais como análise de documentos e observação, mas inclui a observação direta dos eventos e entrevistas das pessoas envolvidas nos eventos. Segundo o autor, esta é a força exclusiva do estudo de caso: sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências.

Durante o processo de aplicação da matriz, optou-se por visitar os municípios e entrevistar as equipes gestoras municipais presencialmente, a fim de conhecer e buscar compreender o contexto que envolvia as situações estudadas.

Segundo Creswell (2007), a valorização do cenário natural, que ocorre na pesquisa qualitativa, traz a contribuição de permitir que o pesquisador desenvolva um nível de detalhes sobre a pessoa ou o local, estando altamente envolvido nas experiências reais dos participantes.

A entrevista foi planejada e executada iniciando-se pelo roteiro voltado ao gestor municipal de saúde, que continha questões relacionadas à sua experiência na gestão, entendimento sobre a importância e compatibilidade dos instrumentos de gestão, suas prioridades para a saúde e a forma como se organiza para colocar em prática o plano de gestão. Na sequência aplicou-se o roteiro direcionado ao coordenador de atenção primária, com questões sobre sua atuação, sua participação no planejamento, o nível de conhecimento sobre o orçamento disponível e a organização do trabalho.

As equipes gestoras municipais foram contatadas com pelo menos quinze dias de antecedência e instruídas quanto ao objetivo da pesquisa e atores chave para a participação, o que não impedia que outros profissionais participassem do momento, algo que realmente aconteceu na maioria dos municípios visitados. Todas as entrevistas foram gravadas e suas gravações foram transcritas posteriormente, para a atribuição da pontuação prevista na matriz de avaliação e julgamento. As falas dos entrevistados foram codificadas para preservar a identidade dos participantes com siglas compostas por três letras e um número, sendo que as letras identificavam o entrevistado quanto à área de atuação (GMS para gestor municipal de saúde, EPG para a equipe de planejamento e gestão ou CAP para coordenador de Atenção Primária), sempre acrescidas do número, que indicava o caso. Por exemplo, ao gestor municipal de saúde do caso 1 era designado o código GMS1, ao passo que no Caso 2 utilizava-se para a mesma categoria a sigla GMS2.

### 3.5 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos casos estudados foi estruturada de acordo com conceitos teóricos de Donabedian, que defende que a qualidade é sustentada por três componentes, interligados em uma relação causal: estrutura, processo e resultado.

Segundo Donabedian (1992), para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde (ou de qualquer outra atividade) é necessário ter clareza, desde o início, dos objetivos que pretendem ser atingidos e os meios legítimos ou mais respeitáveis para atingi-los. O mesmo autor complementa que os meios são avaliados por sua efetividade (sua contribuição para a melhoria da saúde), seu custo e pelo grau com que os outros atributos são aprovados por pacientes e pela sociedade.

Para organização da fase de análise e interpretação dos dados, os casos foram avaliados um a um, numa mesma ordem: Primeiramente, de posse da matriz de avaliação e julgamento, as gravações das entrevistas foram transcritas, a fim de que os critérios abordados para cada um dos contextos pudessem ser julgados, sendo emitidos scores para eles. As falas que se destacaram e que expressavam o aspecto abordado foram transcritas para a matriz, na linha correspondente ao critério avaliado.

Além dos roteiros das entrevistas, pensados para a aplicação da matriz, foram avaliados também os instrumentos de gestão do SUS de cada município, conforme roteiros de análise documental previamente elaborados.

Como método de análise de dados, optou-se pela combinação de padrão, através da análise das explicações rivais como padrão, descrito por Yin (2010) quando vários casos possuem um certo resultado, e a investigação pode enfatizar como e porque esse resultado ocorreu em cada caso.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, foram respeitados os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013); o consentimentos dos participantes e a vinculação da sua pesquisa ao projeto maior: “Mudanças nas regras de transferência dos recursos federais no Sistema Único de Saúde: Implicações e desafios para o financiamento e a organização da organização da Atenção Primária de Saúde no Brasil”, aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP), com o parecer nº 4.014.705, sob o número CAAE: 30675420.6.0000.5240 (Anexo 1).

## 4 OS RESULTADOS

A combinação de métodos quantitativos e qualitativos se deu em decorrência da estratégia construída para o alcance dos objetivos da pesquisa, e seus resultados serão aqui descritos em seções (Quadro 4).

**Quadro 4 – Sistematização dos objetivos de pesquisa e seções dos resultados**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Seção</b>	<b>Resultados</b>
Analisar a relação existente entre o porte populacional de municípios e seus resultados financeiros, na macrorregião norte do Estado do Paraná;	<b>4.1</b>	<b>A correlação entre o porte populacional de municípios e seus indicadores financeiros na área da saúde, na macrorregião norte do Estado do Paraná</b>
Elaborar e validar matriz de avaliação e julgamento da estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde;	<b>4.2</b>	<b>A construção e validação da matriz de avaliação e julgamento</b>
Analisar a estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde em dois grupos de municípios, estabelecidos conforme indicadores financeiros do SIOPS.	<b>4.3</b>	<b>Análise dos casos quanto à estrutura e processos de planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde</b>
Propor parâmetros essenciais para a organização da estrutura e dos processos de planejamento e gestão da APS em municípios de pequeno porte.	<b>4.4</b>	<b>Proposição de parâmetros essenciais</b>

Elaboração própria

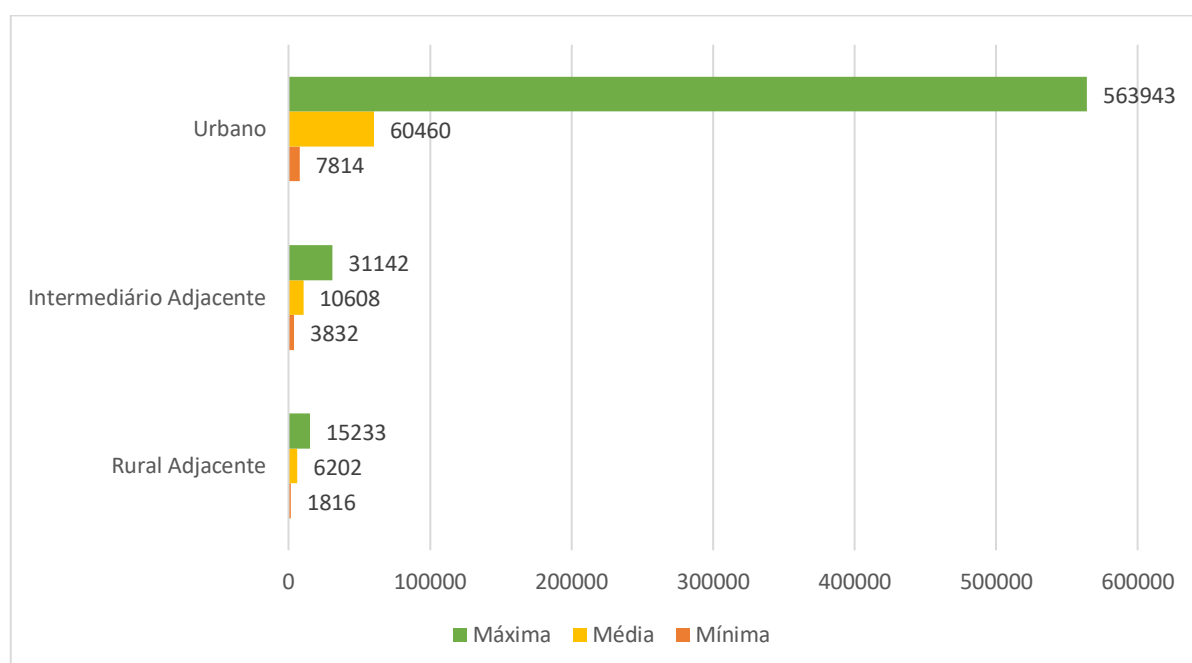
### 4.1 A CORRELAÇÃO ENTRE O PORTE POPULACIONAL DE MUNICÍPIOS E SEUS INDICADORES FINANCEIROS NA ÁREA DA SAÚDE, NA MACRORREGIÃO NORTE DO ESTADO DO PARANÁ

Os primeiros resultados apresentados dizem respeito às análises realizadas englobando os 97 municípios que compõem a macrorregião de saúde, e permitiram uma primeira aproximação com os dados e observações sobre resultados financeiros, perfil demográfico, semelhanças e diferenças entre os municípios.

#### 4.1.1 Análise dos Municípios quanto ao Número de Habitantes e Tipologia do IBGE

Quanto à tipologia do IBGE, verifica-se que, dos 97 municípios, 24 são classificados como urbanos, 17 como intermediários adjacentes e 56 como rurais adjacentes. No entanto, ao relacionar a população (número de habitantes) e a respectiva tipologia aplicada aos municípios da macrorregião norte do Paraná, verifica-se discrepâncias muito grandes (Figura 1).

**Figura 1 – Distribuição da população dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, segundo a tipologia do IBGE, 2019.**



Fonte: TCU – Estimativa IBGE 2019

Elaboração própria

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) é preciso reconhecer a importância da tipologia para a tomada de decisões políticas que tenham o município como escala de operacionalização. O IBGE reitera que as tipologias adotadas no Brasil estão alinhadas com tipologias bem aceitas internacionalmente, o que facilita a comparabilidade dos resultados brasileiros com outros países, como os da União Europeia e da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Porém, dada a grande variação, optou-se por estabelecer classes populacionais, para observação do comportamento dos municípios quanto aos indicadores financeiros estudados.

Assim, caracterizados quanto ao porte populacional, observou-se que, na região em estudo, mais de 80% dos municípios possuem menos que 20 mil habitantes, configurando uma macrorregião de saúde composta majoritariamente por municípios de pequeno porte (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, conforme o número de habitantes, 2019.**

Número de Habitantes	N	%	% Acumulado
< 3.000	8	8,2	8,2
3.001 – 5.000	23	22,7	30,9
5.001 – 10.000	24	tabela24,7	55,7
10.001 – 20.000	26	26,8	82,5
20.001 – 50.000	11	11,3	93,8
50.001 – 100.000	2	2,1	95,9
100.001 – 500.000	3	3,1	99,0
< 500000	1	1,0	100,0
Total	97	100,0	100,0

Fonte: TCU – Estimativa IBGE 2019  
Elaboração própria

Analisados conforme as classes populacionais, observou-se maior número de municípios entre 3.001 e 20 mil habitantes, totalizando 73 municípios nessa faixa populacional (74,2%). Estes municípios foram alvo das análises na segunda etapa da pesquisa, mais direcionada a definição dos casos.

Ainda objetivando conhecer melhor a população macrorregional, foram realizadas análises quanto ao desempenho dos municípios da macrorregião, quanto a importantes indicadores financeiros.

#### 4.1.2 Análise dos Municípios quanto aos Indicadores Financeiros Seleccionados para Estudo, SIOPS, 2019.

Os indicadores financeiros estudados estão descritos quanto ao valor mínimo, média, desvio padrão, mediana e valor máximo. Apesar da importância da média, o cálculo do desvio padrão expressa o grau de dispersão de um conjunto de dados, sendo que quanto mais próximo de zero for o desvio padrão, mais uniformes ou homogêneos são os dados (Tabela 3).

**Tabela 3 – Descrição dos resultados financeiros apresentados pelos 97 municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**

	Mínimo	Média	DP	Mediana	Máximo
Despesas totais em saúde, por habitante (em reais).	383,23	1034,47	355,70	973,37	2176,22
Despesas em saúde provenientes de recursos próprios, por habitante (em reais)	300,17	660,62	283,65	580,49	1606,72
Percentual de aplicação de recursos públicos em saúde	15,00	23,15	4,26	23,79	34,99
Percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município	42,70	82,97	9,35	85,30	95,19
Percentual de despesas com pessoal	28,56	46,90	8,61	46,96	69,56

Fonte: TCU – Estimativa IBGE 2019

IBGE 2019

Elaboração própria

As despesas totais em saúde por habitante apresentaram um valor médio de R\$ 1.034,47, porém o valor oscilou entre R\$ 383,23 e R\$ 2.176,22. As mesmas discrepâncias foram observadas nos valores correspondentes às despesas provenientes de recursos próprios, por habitante, sendo que o valor máximo apresentado no período é mais que cinco vezes maior que o valor mínimo encontrado.

O percentual de transferências governamentais sobre as receitas totais dos municípios, variou entre 42,70% e 95,19%. Por transferências intergovernamentais entende-se as receitas constitucionais e legais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), e a cota parte de alguns impostos, como o Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS). Em contraponto, as receitas totais dos municípios, além das

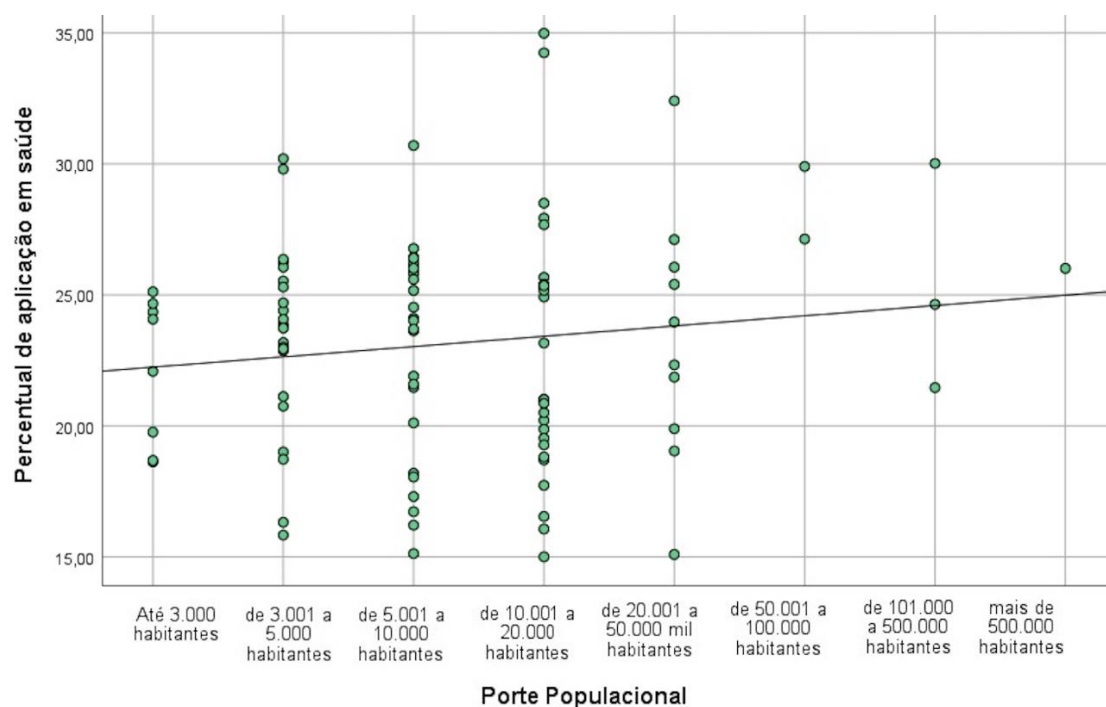
transferências, englobam aquelas decorrentes do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto sobre Serviços (ISS), Imposto de Renda (IR) e taxas.

Para uma melhor compreensão dos dados, foram realizadas correlações estatísticas por meio de medidas de dispersão, apresentadas em gráficos, a fim de comparar a distribuição dos valores (SIOPS, 2019), conforme o porte populacional (IBGE, 2019).

Quanto ao percentual de aplicação em saúde, a média de aplicação na macrorregião foi de 23,15%, variando entre 15% e 34,99%. Santos (2012, p. 77) reitera que, nos termos do artigo 7º da LC 141, os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo 15 % dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos tratados nos artigos 158 e 159, todos da Constituição Federal. Tais recursos devem ser aplicados mediante fundos de saúde municipais, que conforme define a própria LC 141, “é a conta específica da saúde, separando-se a execução dos recursos orçamentários da saúde dos recursos do tesouro municipal”. Conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2021), em 2019 o percentual médio aplicado em saúde pelos municípios brasileiros, segundo valores declarados no SIOPS, foi de 21,4%.

Na macrorregião norte do Estado do Paraná, analisando-se os dados através de dispersão, a classe que apresenta maior variação quanto ao percentual de aplicação em saúde é composta por municípios de 10 a 20 mil habitantes. Neste grupo de municípios foram encontrados os valores extremos, ou seja, partem do mínimo, 15%, até o percentual máximo de aplicação encontrado na região, 35% (Figura 2).

**Figura 2 – Correlação entre o porte populacional e o percentual de aplicação em saúde de municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**



Apesar das oscilações apontadas, que são o foco do estudo por incitar a compreensão dos mecanismos de gestão responsáveis por resultados financeiros diferentes em municípios de mesmo porte populacional, há que se observar a tendência crescente observada, quando considerada a média de aplicação em cada categoria populacional.

Quanto ao percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município (Figura 3), observa-se uma tendência evidente, deixando indícios de que municípios menores apresentam maior grau de dependência de tais recursos. Enquanto municípios com populações abaixo de três mil habitantes apresentam receitas compostas por mais de 96% de recursos transferidos pelo governo, municípios maiores demonstram maior potencial de arrecadação, e a composição de suas receitas chega a depender menos que 50% de tais transferências. Por se configurar como um resultado influenciado pelo porte populacional dos municípios da região, e por serem, em sua maioria, municípios pequenos, o percentual médio foi de 82,97%.

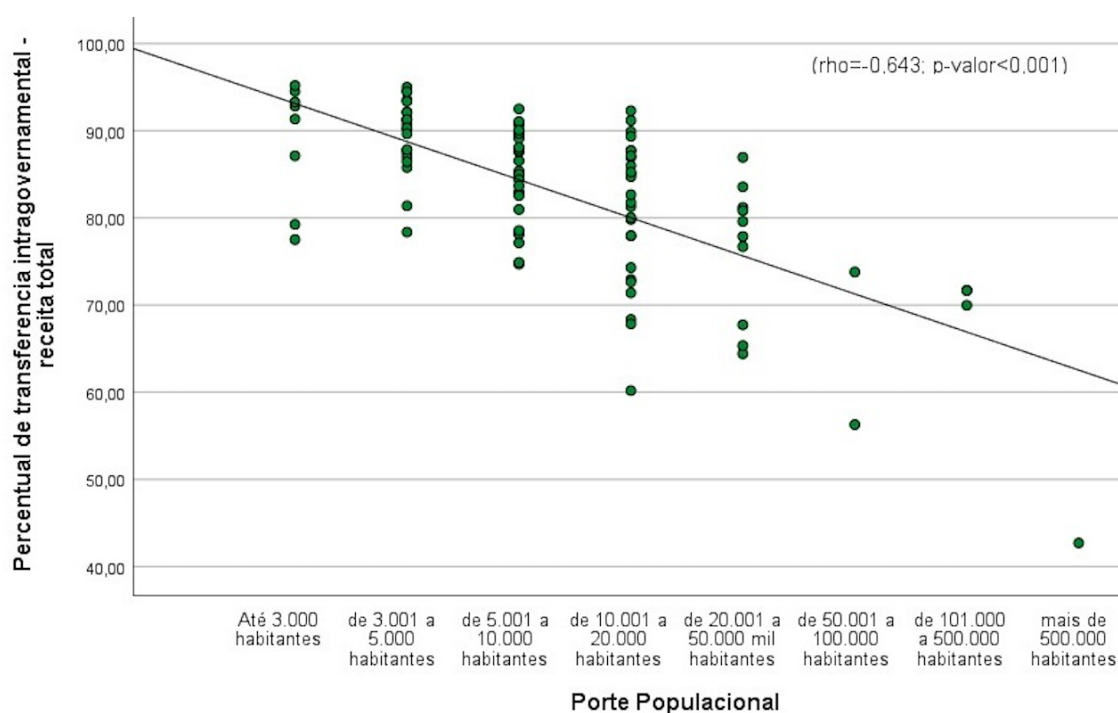
Nunes (2004), em relatório de consultoria apresentado ao Ministério da Saúde, com base nos dados do SIOPS de 2002, revelou que São Paulo é o estado brasileiro que possui os municípios com menor dependência dos repasses federais, apresentando naquele ano, em média, 27% de suas despesas totais em saúde financiadas por repasses federais. O autor ressalta que, devido à heterogeneidade

dos municípios, os valores médios calculados em nível estadual não são um bom indicativo da situação dos municípios, recomendando análises da situação de cada município, individualmente.

Todavia, percebe-se também números extremos entre uma mesma classe populacional, deixando claro que, apesar de ser um importante determinante do grau de dependência municipal, municípios de mesmo porte podem apresentar oscilações na composição de suas receitas. Tomando-se como exemplo os municípios entre 10.001 e 20.000 habitantes, observa-se que existem municípios nessa faixa populacional que contam com mais de 90% de recursos advindos de transferências governamentais, enquanto outros de porte similar contam com 60% de recursos provenientes de tais transferências.

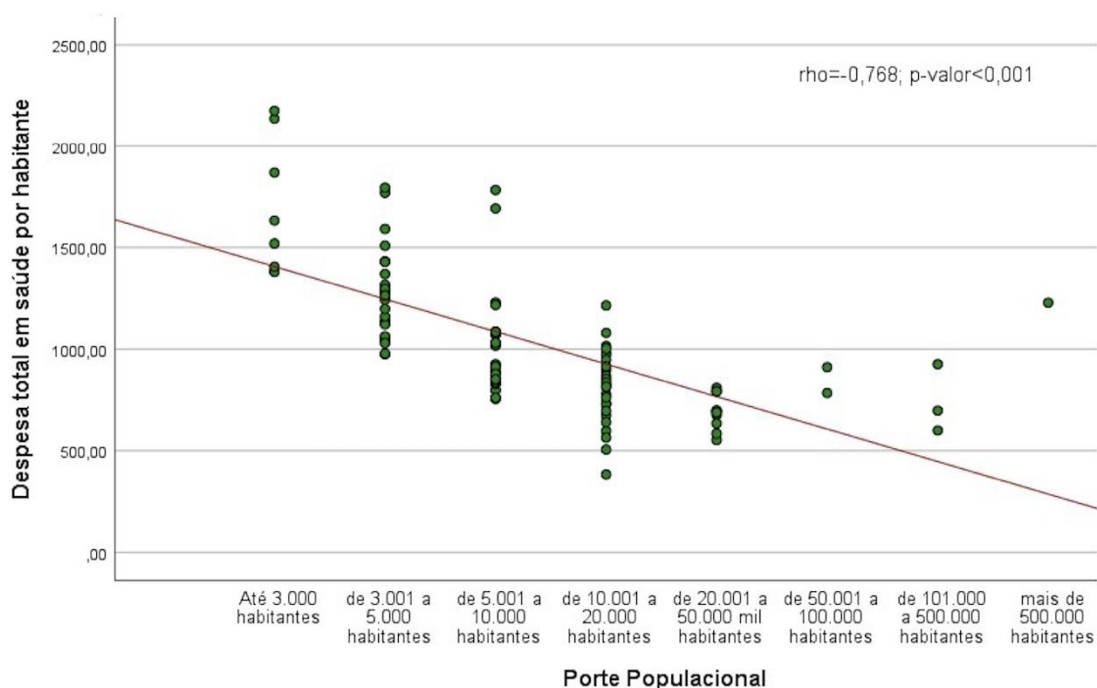
Quanto a isso, Calvo e colaboradores (2016) reforçam que a agregação de municípios por porte populacional não pode considerar apenas o estabelecimento de faixas populacionais, pois municípios com a mesma população “apresentam características territoriais, culturais e níveis de desenvolvimento econômico diversos” (CALVO *et al.*, 2016, p. 773).

**Figura 3 – Correlação entre o porte populacional e o percentual de transferências intergovernamentais nas receitas totais do município na macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**



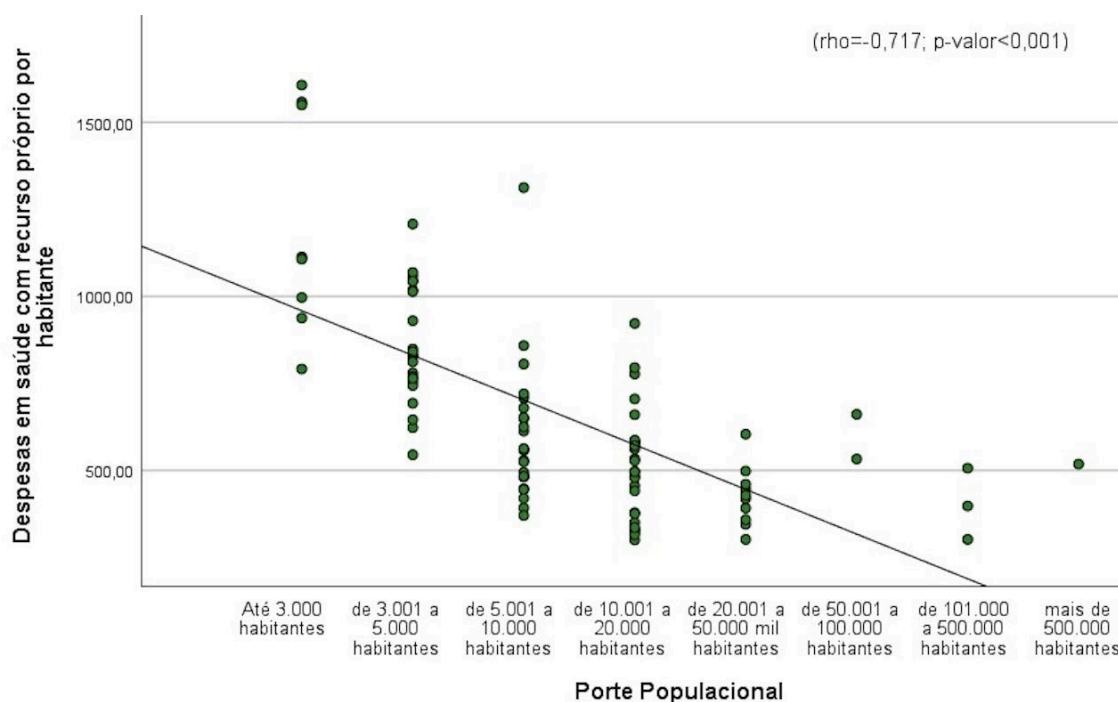
As despesas totais em saúde por habitante apresentaram um valor médio de R\$1.034,47, porém há oscilação entre os municípios da macrorregião entre R\$383,23 e R\$2.176,22 (Figura 4).

**Figura 4 – Correlação entre a despesa total em saúde e o porte populacional do município na macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**



As mesmas discrepâncias foram observadas nos valores correspondentes às despesas provenientes de recursos próprios, por habitante, sendo que o valor máximo apresentado no período é mais que cinco vezes maior que o valor mínimo encontrado (Figura 5). O porte municipal também evidencia tendência decrescente inversa ao porte populacional do município, ou seja, quanto maior o município, menores são as despesas per capita. Tal fato é descrito na literatura, justificado pela economia de escala (YAMADA, 2011).

**Figura 5 – Correlação entre a despesa total em saúde, proveniente de recursos próprios, e o porte populacional do município, macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**



Enquanto o percentual de despesas com pessoal variou entre 28,56% e 69,56%, as despesas com serviços de terceiros apresentou o valor médio de 24%, com variação entre 0% e 53,23%. Sugere-se que município que não apresenta despesas com terceiros possui fragilidades de natureza declaratória, uma vez que qualquer manutenção predial ou de equipamentos repercutiria na contratação de serviços terceirizados.

Perceber tais discrepâncias numéricas entre faixas populacionais e entre municípios de uma mesma faixa, suscitou a necessidade de métodos complementares de avaliação, que permitissem observar a organização municipal, a fim de tentar compreender os achados. Para tanto, lançou-se mão da construção de uma ferramenta de avaliação que permitisse uma maior aproximação com informações qualitativas referentes aos municípios que seriam alvo da pesquisa. Tal ferramenta é a Matriz de Avaliação de Julgamento (MAJ), cuja construção é descrita a seguir.

## 4.2 A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA MATRIZ DE AVALIAÇÃO E JULGAMENTO (MAJ)

### 4.2.1 A Construção da Matriz

Hartz (1997, p.31) afirma que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer de seus

componentes”, a fim de ajudar na tomada de decisões.

Segundo Samico *et al.* (2010, p. 93), no campo da avaliação em saúde, as matrizes são utilizadas para expressar a lógica causal de uma intervenção, traduzindo “como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor”, inclusive a partir de informações qualitativas (não numéricas).

Souza *et al.* (2017, p. 91), ao analisar estudos de avaliabilidade desenvolvidos no SUS, que tinham como objetivo a construção de modelos de avaliação de políticas e programas de saúde, verificou que tais estudos ainda são tímidos na proposição de matrizes de avaliação, consideradas a maior contribuição às práticas avaliativas, sobretudo quando se trata de programas que ainda precisam demarcar seus objetivos. Para os autores, o que se espera da avaliação no contexto da saúde pública, é que “cresça de modo qualificado, embasada em métodos que indiquem coerentemente o melhor caminho a seguir”.

Para construção da MAJ, partiu-se de uma primeira versão, elaborada pela autora, que continha oito critérios, avaliados sob duas dimensões de análise (estrutura e processos), dentre os quais foram distribuídos 28 atributos que possuíam um valor pré-determinado, sendo que a pontuação seria atribuída conforme a adequação ao atributo avaliado. Segundo Samico *et al.* (2010, p.98), os atributos são aspectos da estrutura, processo ou resultado, utilizados para mensurar o programa ou algum dos seus componentes, podendo ser quantificáveis (Donabedian (2003) apud Samico *et al.*, 2010) ou qualitativos, quando sua tradução não se dará em termos numéricos, mas sim interpretativos.

Dessa primeira versão (Apêndice 1) para a versão que contempla as contribuições do grupo de experts, e que foi submetida à validação, ocorreram mudanças em sua estruturação, que foram sistematizadas no Quadro 5.

**Quadro 5 – Síntese das modificações ocorridas na Matriz de Avaliação e Julgamento, após submissão à análise do grupo de experts, 2021.**

Conteúdo das colunas da Matriz	1ª Versão	Versão final
<b>Dimensões de Análise</b>	Estrutura Processos	As dimensões foram excluídas como coluna, e os conceitos que se pretendia avaliar, incorporados aos tópicos.
<b>Critério</b>	Planejamento e gestão	A coluna passou a ser chamada de área,

	Coordenação técnica Organização contábil Ordenação de despesas Organização do trabalho Regulação Educação permanente Governança	ao invés de critério, sendo definidas as seguintes áreas: Planejamento e gestão Organização do trabalho Implementação do programa de trabalho Governança
<b>Contexto</b>	Inexistente na primeira versão	Coluna incluída na segunda versão, sendo estabelecidos os seguintes contextos de análise: Gestor municipal Instrumentos de gestão Equipe de planejamento e gestão Processos organizacionais Linha de cuidado materno Infantil Processo decisório
<b>Atributos</b>	28 atributos para análise e pontuação	29 atributos para análise e pontuação
<b>Valor do Atributo</b>	Estipulados valores entre 0 e 3 para cada atributo	A coluna passou a se chamar Parâmetro, sendo atribuídos valores de 0 a 3, com a descrição dos critérios para avaliação do atributo, relacionados ao valor.
<b>Fonte de Informação</b>	Previa que a informação fosse obtida através de observação e conversa com informantes chave, além de documentos específicos como resolução, instrumentos de gestão, SIOPS e documento de comprovação de participação em CIR.	Passou a prever que os itens seriam pontuados conforme roteiros de entrevista e roteiros de análise documental, construídos especialmente para o fim.

Fonte: Apêndices 1 e 3  
 Elaboração própria

Para o julgamento, optou-se pela categorização em quartis (Samico *et al*, 2010), sendo estabelecidos quatro estratos (Quadro 6):

**Quadro 6 – Estratos para julgamento dos valores avaliados na matriz, 2022.**

<b>Intervalo</b>	<b>Julgamento</b>	<b>Sigla</b>
75% a 100%	Resultado adequado	Ad
50% a > 75%	Resultado parcialmente adequado	Par Ad
25% a > 50%	Resultado incipiente	In
1% a > 25%	Resultado crítico	Cr

Elaboração própria

Segundo Samico *et al.* (2010, p. 92), “os julgamentos são declarações sobre o mérito do programa, sua validade e seu significado”. Ressaltam os autores que as respostas às perguntas avaliativas, que constituem os julgamentos, são observadas a partir de critérios e indicadores, comparados com parâmetros estabelecidos ou padrões.

No processo de escolha dos participantes do grupo de experts procurou-se proporcionar diferentes pontos de análise para o instrumento, a partir da composição de um grupo com conhecimentos e níveis de atuação distintos. Os profissionais participantes contribuíram com a qualificação das áreas de análise previstas no instrumento, bem como sugeriram novos campos de análise a partir da sua experiência e área de atuação. Nessa fase foi possível observar que determinado profissional supervalorizava uma área específica – aquela relacionada à sua atuação – em detrimento de outra, que então era supervalorizada por outro profissional com maior proximidade naquela área.

O exercício foi muito rico, sendo que, a partir das contribuições do grupo, foi elaborada uma nova versão, mais completa, da matriz (Apêndice 3). A nova versão foi organizada em quatro áreas (Planejamento e Gestão, Organização do Trabalho, Implantação do Programa de Trabalho e Governança) e seis eixos: gestor municipal de saúde, instrumentos de gestão, equipe de planejamento e gestão, processos organizacionais, linha materno-infantil e processos decisórios. Para cada eixo foram definidos atributos que, conforme eram avaliados, se estabelecia a pontuação referente a eles, de acordo com escala de valores pré-definida. Segundo Hartz e Camacho (1996), a etapa de valoração é uma das mais importantes do processo avaliativo. Nemes (2001, apud Samico *et al.* 2010) considera que muitos estudos considerados avaliativos no Brasil, na verdade não o são porque não conseguem emanar um juízo de valor, sua finalidade primordial.

Para apoiar a aplicação da matriz foram elaborados dois roteiros estruturados (Apêndices 4 e 5), objetivando conduzir as entrevistas e direcionar a pesquisa aos itens avaliados através da ferramenta. Também foram elaborados dois roteiros de análise documental (Apêndices 6 e 7), para avaliação de documentos e instrumentos de gestão.

#### 4.2.2 A Validação da Matriz

Estabelecidos os oito municípios casos e concluída a elaboração da matriz e instrumentos de análise, prosseguiu-se para a fase de aplicação e validação.

Ao realizar as entrevistas em seus locais de trabalho, para além das perguntas que compunham o roteiro, foi possível perceber a estrutura física e ambiência de cada local, divergências e sentimentos conflitantes entre integrantes das equipes entrevistadas, angústia frente a situações problema que eram impostas aos gestores durante o período.

Gil *et al.* (2017), ao comentar sobre a avaliação em saúde, pontuam que sempre se priorizou o enfoque relacionado a aspectos financeiros e à produtividade, e que mais recentemente têm surgido iniciativas de desenvolvimento de estudos avaliativos voltados para a reflexão e reorganização das práticas de trabalho.

No Quadro 7 são apresentados resumidamente os resultados dos indicadores financeiros e de gestão dos oito casos do estudo. Os casos foram numerados considerando a ordem alfabética dos nomes dos municípios, porém aqui mantidos em anonimato. Para facilitar a identificação dos casos que compõem o grupo de municípios que apresentaram o maior número de resultados menos satisfatórios nos indicadores de financiamento, eles foram destacados em vermelho.

#### Quadro 7 - Caracterização dos casos de estudo.

Critério	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Código na Pesquisa	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8
População	15233	5856	13112	3385	5031	11213	6254	19444
Região de Saúde	22	22	18	18	19	18	19	19
Percentual de aplicação em saúde	15%	23,69%	19,27%	22,94%	16,72%	16,06%	18,05%	20,86%
Percentual de transferências intergovernamentais sobre receitas totais	91,18	87,79	67,83	94,48	77,13	92,29	89,62	71,40
Despesas totais em saúde por habitante (em reais)	730,74	1691,71	505,53	1794,15	1076,95	383,23	1084,77	564,43
Despesas em saúde provenientes de recursos próprios (em reais)	323,24	805,54	315,35	849,64	494,11	335,96	481,88	375,76
Despesas em saúde provenientes de transferências intergovernamentais (em reais)	407,50	886,17	190,18	944,51	582,84	47,27	602,89	188,67
Percentual de transferências intergovernamentais no gasto total em saúde	56%	52%	38%	53%	54%	12%	56%	33%

Fontes:

TCU – Estimativa IBGE 2019

SIOPS 2019

Elaboração própria

Durante o desenvolvimento da pesquisa sempre se adotou o pressuposto que aqueles municípios que apresentavam resultados pouco satisfatórios quanto aos indicadores financeiros seriam os menos organizados, e que municípios com os melhores resultados, apresentariam estrutura e processos mais bem organizados. Para tanto, lançou-se mão da Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ), construída a partir da colaboração do grupo de experts (Quadro 8), para avaliação da estrutura e dos processos organizacionais da Atenção Primária em tais municípios, a fim de verificar esta correlação.

**Quadro 8 – Matriz de Avaliação e Julgamento para o planejamento e organização da gestão da atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte, 2022.**

AREA	CONTEXTO	ATRIBUTO	Valor	PARÂMETRO	FUNTE DE AVALIAÇÃO
Planejamento e Gestão	Gestor Municipal (17 pontos)	O gestor municipal apresenta experiência prática em gestão pública em saúde (como gestor ou compondo a equipe de planejamento municipal)		0: experiência em 1 município durante um mandato 1: experiência em 1 município por mais de um mandato 2: experiência em 2 municípios 3: experiência em 2 municípios ou mais, com três ou mais mandatos	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1
		O gestor municipal demonstra entendimento sobre os benefícios que o Plano Plurianual (PPA) pode trazer para o município		0: demonstra pouco conhecimento sobre o PPA 1: demonstra saber do que se trata o PPA 2: demonstra conhecer o documento 3: demonstra conhecer o PPA e a importância dele para a secretaria de saúde	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1
		O gestor municipal de saúde articula para que programa de trabalho da saúde esteja expresso nas diretrizes do PPA		0: o gestor não demonstra entendimento que o programa de trabalho deve ser previsto no PPA 1: o PPA faz menção à saúde, porém não contempla corretamente o programa de trabalho da saúde 2: o PPA contempla parcialmente o programa de trabalho da saúde 3: garantiu que o PPA contemple o programa de trabalho da saúde	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1 Análise Documental (PPA do Município), conforme Formulário 3
		O gestor municipal de saúde demonstra conhecimento das diretrizes do Plano Municipal de Saúde e relaciona com as prioridades de gestão		0: desconhece as diretrizes 1: conhece e cita alguma diretriz do plano 2: conhece e cita das diretrizes do plano 3: demonstra conhecer as diretrizes do plano e correlaciona com as prioridades elencadas pela gestão	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1 Análise Documental (PMS), conforme Formulário 3
		O gestor municipal de saúde demonstra tomar decisões fundamentadas em critérios técnicos		0: não foi uma decisão técnica/desconhece o recurso 1: informalmente foram consideradas critérios técnicos 2: implementação de medidas claramente fundamentadas em critérios técnicos	Exemplo Citado: Ações implementadas a partir do recebimento dos recursos da Portaria 731, de 16 de abril de 2021, e conexão com os instrumentos de gestão, com planejamento prévio.
		O gestor municipal de saúde realiza reuniões técnicas com as coordenações e com a equipe técnica		0: não realiza	Entrevista com o gestor Formulário 1

				<p>1: participa, apoiando reuniões conduzidas pelas coordenações técnicas</p> <p>2: realiza, sempre que enfrenta problemas ou conflitos</p> <p>3: realiza periodicamente, alinhando objetivos com a equipe, definindo ações, tarefas, responsáveis e prazos</p>	Entrevista com a coordenação da APS Formulário 2
	As prioridades do município estão expressas no Plano Municipal de Saúde, através de diretrizes, objetivos e metas			<p>0: as diretrizes contidas no PMS não condizem com as prioridades</p> <p>1: o PMS prevê parcialmente as prioridades da saúde</p> <p>2: o PMS prevê as prioridades/programa de trabalho</p>	Entrevista com o Gestor: 3 prioridades da gestão Solicitar que fale sobre as diretrizes que tratam delas
	As políticas prioritárias da saúde, expressas nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde, foram consideradas na construção do Plano Plurianual			<p>0: não estabeleceu prioridades para a gestão</p> <p>1: estabeleceu prioridades para a gestão, mas não foram previstas no PPA</p> <p>2: estabeleceu prioridades para a gestão e as mesmas foram consideradas na construção do PPA</p>	Formulário 1 Análise documental Formulário 3
	ALDO estabelece critérios para elaboração e execução do orçamento público e é compatível com o PPA			<p>0: não estabelece claramente as diretrizes e metas</p> <p>1: estabelece parcialmente</p> <p>2: apresenta metas fiscais (receitas e despesas) e prioridades da gestão, incluindo despesas de capital para o exercício financeiro subsequente</p>	Análise documental Formulário 3
	A LOA estima as receitas e fixa as despesas e está compatível com a LDO e objetivos e metas do PPA			<p>0: não atende</p> <p>1: atende parcialmente</p> <p>2: atende totalmente</p>	Análise documental Formulário 3
	O Relatório Anual de Gestão deixa claro o que foi e o que deixou de ser realizado do Plano Original			<p>0: não analisa</p> <p>1: analisa parcialmente</p> <p>2: analisa totalmente e emite considerações</p>	Análise documental Formulário 3
	O município constrói PAS com antecedência, planejando ações e orçamento, de acordo com as diretrizes da LOA			<p>0: não constrói com antecedência</p> <p>1: constrói, porém em desacordo com o orçamento e diretrizes</p> <p>2: constrói de acordo com as diretrizes de saúde e diretrizes orçamentárias</p>	Formulário 3
				<p>0: composta por secretário e assessor da gestão</p> <p>1: composta por secretário, assessor da gestão, de vigilância em saúde ou atenção primária em saúde</p> <p>2: composta por secretário, assessor da gestão, atenção primária e vigilância em saúde</p>	Entrevista com o gestor Formulário 1
	Equipe de Planejamento e Gestão (9 pontos)	A equipe de planejamento e gestão conta com a participação de técnicos de todos os setores estratégicos			Análise documental Formulário 3

		A coordenação de atenção primária em saúde tem conhecimento do montante de recursos disponível no orçamento para o desenvolvimento das ações previstas para sua pasta		3: composta por secretário, assessor da gestão, vigilância em saúde, atenção primária e contabilidade 0: a coordenação desconhece o orçamento 1: diz ter acesso, mas não demonstra conhecimento 2: a coordenação demonstra pleno conhecimento dos recursos disponíveis no orçamento	Entrevista com informante chave, conforme Formulário 2 Análise documental PAS Formulário 3
		A coordenação de atenção primária reconhece formalmente as metas que devem ser atingidas a partir do orçamento (presentes no PMS e PAS)		0: não reconhece 1: conhece parcialmente 2: conhece totalmente	Entrevista com informante chave, conforme Formulário 2 Análise documental PMS e PAS Formulário 3
		O município demonstra agilidade nos processos licitatórios da área da saúde		0: não 1: parcialmente 2: sim	Entrevista com o gestor Formulário 1
		Possui organograma da secretaria municipal de saúde		0: não 1: informalmente 2: sim	Entrevista com o gestor Formulário 1 Análise documental Formulário 4
		Existe definição formal da missão, visão e valores da secretaria municipal de saúde		0: não 1: sim	Análise documental Formulário 4
		Define claramente o papel da Atenção Primária em Saúde na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde		0: não 1: sim	Entrevista com o gestor Formulário 1 Análise documental Formulário 4
Organização do Trabalho	Processos Organizacionais (12 pontos)	Possui Regimento Interno, que defina as atribuições da Atenção Primária em Saúde		0: não 1: sim	Análise documental Formulário 4
		As ações e metas previstas na PAS e PMS voltadas para a Atenção Materno-Infantil são de conhecimento das pessoas envolvidas no atingimento da meta, de diferentes níveis hierárquicos		0: não 1: sim	Análise Documental Formulário 2
		Constrói Planos de Trabalho para atingimento das metas previstas na Linha de Cuidado Materno-Infantil		0: não constrói 1: constrói planos de trabalho 2: constrói e define os responsáveis e prazos	Entrevista com informante chave Formulário 2
		Apraza e determina nominalmente os responsáveis pelas ações necessárias para o atingimento das metas		0: não apraza 1: apraza ou define responsáveis 2: apraza e define responsáveis	Entrevista com o gestor Entrevista com informante chave
		Monitora periodicamente o cumprimento das metas relacionadas a Atenção Materno-Infantil presentes no Plano Municipal de Saúde		0: não monitora 1: monitora parcialmente 2: monitoram os resultados alcançados e responsável pelo monitoramento	Análise documental das metas presentes no plano % de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal

					0: não há previsão 1: é mencionada no PMS 2: é uma política prevista no PMS e PPA 3: está claramente prevista no PMS, PPA e LDO	% gestantes com exames de sífilis realizados Formulário 3
Implementação do Programa de Trabalho	Linha de Cuidado Materno-Infantil (6 pontos)	A Linha de Cuidado Materno-Infantil está prevista no Plano Municipal de Saúde, PPA e LDO				RAG PMS Formulário 3
		Apresenta resultados satisfatórios para as metas estabelecidas para a Linha de Cuidado Materno-Infantil			0: % de metas atingidas 1: até 50% das metas atingidas 2: até 75% das metas atingidas 3: mais que 75% das metas atingidas	
		O gestor municipal de saúde participa das discussões para implementação da Linha de Cuidado materno-Infantil			0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1
Governança	Processo Decisório (6 pontos)	As equipes técnicas participam das decisões para implementação da Linha de Cuidado Materno-Infantil, através de Câmaras Técnicas			0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1
		O Conselho Municipal de Saúde participa das decisões pactuadas em CIR			0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1

Elaboração própria

Originalmente, se pretendia classificar os municípios que compõem a amostra como mais ou menos organizados quanto à estrutura e processos de planejamento e gestão, aplicando a Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ) e comparando-os, a partir desses resultados, com os resultados prévios obtidos na análise dos indicadores financeiros. Na prática, o que se viu foram equações mais complexas dentre os dois grupos (Quadro 9). Apesar do município com melhor resultado na MAJ ter apresentado bons resultados financeiros, alguns daqueles casos em que os resultados financeiros eram satisfatórios, não apresentavam estrutura e processos organizados que justificassem a manutenção destes resultados.

Essa falta de padrão encontrada em análises numéricas despertou a curiosidade sobre a compreensão dos elementos organizacionais relacionados à gestão.

O destaque dos casos que apresentaram resultados financeiros insatisfatórios foi mantido, para facilitar a análise.

#### **Quadro 9: Apresentação da pontuação e resultados dos municípios/casos na Matriz de Avaliação e Julgamento aplicada em 2021.**

Área	Contexto	Valor*	CASOS							
			1	2	3	4	5	6	7	8
Planejamento e Gestão	Gestor Municipal	17	3	15	1	3	0	3	0	10
	Instrumentos de Gestão	12	0	12	1	2	8	0	6	3
	Equipe de Planejamento e Gestão	9	3	9	3	4	6	3	6	6
Organização do Trabalho	Processos Organizacionais	12	0	6	3	2	2	0	5	1
Implantação do Programa de Trabalho	Linha de Cuidado Materno-Infantil	6	0	6	0	1	3	1	3	0
Governança	Processo Decisório	6	3	6	1	2	5	3	3	2
TOTAL		62	9	54	9	14	24	10	23	22
Percentual de atingimento da pontuação prevista na MAJ		100%	15%	87%	15%	23%	39%	16%	37%	35%
<b>Resultado**</b>		<b>Ad</b>	<b>Cr</b>	<b>Ad</b>	<b>Cr</b>	<b>Cr</b>	<b>In</b>	<b>Cr</b>	<b>In</b>	<b>In</b>

\*Expresso em número de pontos possíveis para cada eixo analisado

\*\*Legenda: Ad (adequado), In (Incipiente) e Cr (Crítico)

Elaboração própria

Conforme bem pontua Creswell (2007), as questões de pesquisa podem mudar e serem refinadas à medida que o pesquisador tem mais clareza sobre o que perguntar e para quem fazer as perguntas. Segundo o autor, o processo de coleta de

dados pode mudar à medida que as portas se abrem ou se fecham, e nesse percurso o pesquisador descobre os melhores locais para entender o fenômeno central de interesse.

Nesse sentido, a validação da matriz de avaliação e julgamento permitiu um modelo que fosse aplicado e possibilitou análises ricas das estruturas e processos dos municípios. Porém, o que se viu é que a simples pontuação dos critérios não nos permitiria chegar a conclusões que contribuíssem para o aprimoramento da área de planejamento e gestão de pequenos municípios.

Assim, a matriz fora aplicada, os municípios avaliados conforme os critérios elencados, e seus resultados expressos para comparação. Porém, as análises foram muito além da simples pontuação dos scores propostos na matriz, evidenciando a importância da avaliação dos mecanismos de diagnóstico das necessidades de saúde, dos processos administrativos, de gestão do trabalho e de alocação de recursos.

Jannuzzi (2011) relata que não é comum encontrar nos gabinetes e nos escritórios de gestores e técnicos estaduais e de grandes municípios, sistemas de monitoramento que permitam acompanhar a ação governamental, da alocação do gasto público ao impacto junto aos beneficiários. Essa realidade é ainda mais frágil em municípios de até 20 mil habitantes.

Percebeu-se quão dinâmicos são os processos dentro de uma secretaria de saúde em municípios pequenos, uma vez que a alta rotatividade de profissionais, a troca de comando, a influência dos objetivos das pessoas envolvidas na gestão e as possíveis desestruturações de equipes e processos de trabalho, ocasionadas por mudanças não planejadas nas equipes gestoras, na composição das equipes de trabalho e nas atribuições dos profissionais, podem rapidamente desestruturar internamente os setores. O que se viu é que, mesmo a gestão financeira, é possível ser afetada durante as mudanças, e os resultados podem modificar para menos ou para mais satisfatórios, em poucos anos, a depender das mudanças ocorridas.

Dito isso, são apresentados a seguir, um a um, os oito casos selecionados por apresentarem mais resultados fora da média, sendo 4 representando os municípios com resultados mais satisfatórios e 4 com resultados menos satisfatórios, dentre os 73 municípios com populações entre 3.001 e 20.000 habitantes.

## 4.3 ANÁLISE DOS CASOS QUANTO À ESTRUTURA E PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

### 4.3.1 Casos

#### 4.3.1.1 Caso 1

O Caso 1 se trata de município com pouco mais de 15.000 habitantes e que na ocasião da análise possuía seis equipes de ESF para garantir a assistência no nível de atenção primário naquele território. Conta com hospital de pequeno porte, justificável por sua localização, que impõe aos munícipes pelo menos uma hora e meia de deslocamento para o município mais próximo que possui oferta de serviços de saúde com maior densidade tecnológica. Os indicadores financeiros o classificam no grupo com resultados menos satisfatórios, pelo seu alto grau de dependência das transferências governamentais (que perfaziam noventa e um por cento da composição de suas receitas totais), por seu valor absoluto em despesas totais em saúde por habitante (o oitavo menor entre os setenta e três municípios analisados) e conseqüentemente pelo valor aplicado de recursos próprios e transferências governamentais. Ao analisar o percentual das transferências governamentais sobre os gastos totais, o município apresentou um resultado bom (56%), porém, ao aprofundar a análise deste resultado, percebeu-se que o percentual só é alto porque o investimento total é muito baixo. Comparando com o Caso 2, por exemplo, que apresentou na composição das suas despesas 52% de transferências governamentais, elas representaram no ano de 2019 o equivalente a R\$886,17 (oitocentos e oitenta e seis reais e dezessete centavos), enquanto o valor correspondente ao mesmo tipo de transferências para o Caso 1 foi de R\$407,50 (quatrocentos e sete reais e cinquenta centavos). Analisar quanto é bastante ou quanto é pouco é tarefa desafiadora, contudo, dados os resultados de saúde do município, a ausência de instrumentos de gestão e a alta mortalidade infantil, pode-se sugerir que os investimentos foram insuficientes e o valor disponível através das transferências, pouco acessado.

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** O município havia passado por uma troca recente de gestor, sendo que a nova gestora possibilitou que pessoas que já faziam parte da equipe assumissem cargos de coordenação. É o caso da coordenadora de atenção primária, enfermeira que atuava no setor há vários anos. A

enfermeira mencionou durante a entrevista que é a primeira vez que lhe é dada a oportunidade para colaborar no planejamento e gestão do município.

**Organização da área de planejamento e gestão:** Centralizam a construção dos instrumentos de gestão em profissional administrativo, de nível médio, que não tem o entendimento necessário para a organização e implementação dos processos. Fica claro que, culturalmente, no município, os instrumentos de gestão são vistos como documentos burocráticos que precisam ser entregues a um órgão superior, e que foi designado um profissional para cumprir esta tarefa em tempo hábil. Quanto à organização financeira, contam com uma profissional da área de contabilidade exclusiva para a saúde.

**Contexto do caso:** Município que passou por uma gestão pouco técnica, com fragilidades na elaboração dos instrumentos de gestão. Existiam falhas graves na pactuação de metas, que evidenciaram não haver muita clareza quanto ao processo. Os instrumentos de gestão estavam desatualizados, com um Plano Municipal de Saúde incompleto, sendo que a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão não vinham sendo elaborados. Na ambiência, percebeu-se a existência de uma estrutura física adequada, porém os processos não foram bem delimitados, sendo difícil compreender a função de cada um dentro da equipe. O profissional que elabora os instrumentos de gestão não participa da equipe gestora, e de reuniões nos espaços de tomada de decisão, pois ocupa a função de agendador de consultas e exames no município.

**Pontuação na matriz:** 9 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 6 na área de planejamento e gestão, 0 na área de organização do trabalho, 0 na área de implementação do programa de trabalho e 3 na área de governança.

**Achados importantes:** O baixo investimento em saúde, somado à constatação da falta de experiência da equipe gestora com a elaboração dos instrumentos de gestão, ou até mesmo a não utilização do planejamento como um instrumento para apoiar a gestão, demonstraram que o município que deixa de planejar tem como consequência resultados de saúde pouco satisfatórios, apesar de apresentar boa cobertura de atenção primária e um hospital de pequeno porte.

#### 4.3.1.2 Caso 2:

Trata-se de município com menos de 6 mil habitantes, com 100% de cobertura

de Atenção Primária. Possui hospital municipal com papel importante na microrregião de saúde. Dentre os municípios da amostra, é o caso que apresentou maior percentual de aplicação em saúde, maior despesa per capita com saúde e seus resultados o classificam no grupo de melhores resultados. O percentual de aplicação, sozinho, parece não garantir ao município bom desempenho, uma vez que o Caso 8 apresentou também um índice alto e mesmo assim obteve resultados pouco satisfatórios. O Caso 2 atingiu a maior pontuação da MAJ, condizente com seus indicadores financeiros, que já apontavam para uma gestão qualificada. É um município que demonstrou conhecer as regras de planejamento e de acesso aos recursos provenientes de transferências governamentais, uma vez que elas perfizeram 52% dos recursos gastos em saúde. Outra curiosidade é que o município apresentou o segundo menor PIB da amostra, e mesmo assim apresentou os melhores resultados de saúde, pois não apresentou mortalidade infantil no período avaliado, e obteve o melhor resultado da amostra na apuração dos indicadores de desempenho da APS (88,9%).

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** Tanto a diretora de saúde quanto a coordenadora de atenção primária, fizeram especialização em gestão pública. A gestão municipal apresentou informações que denotam forte atuação na gestão regional e estadual, compondo inclusive a equipe de gestão do COSEMS-Pr.

**Organização da área de planejamento e gestão:** Ficou evidente a preocupação do município em estabelecer uma estrutura adequada e processos eficientes para a área de planejamento e gestão. A equipe se mostrou altamente qualificada, relataram que reuniões frequentes fazem parte da cultura organizacional, estava preparada para discutir o orçamento, e possuía uma contadora exclusiva para a área da saúde, além de profissional específica para as licitações.

**Contexto do caso:**

O município teve um grupo político forte, que permanece na gestão. O então prefeito fora secretário municipal de saúde e vice-prefeito por duas gestões, sendo que na ocasião da pesquisa estava no segundo mandato como prefeito. Além de ser profissional de saúde, tem muita habilidade na gestão, e acompanhava de perto os processos da secretaria municipal (durante a entrevista, a coordenadora de APS mencionou que ele participou das reuniões para planejamento do alcance dos resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil). Era também o presidente do consórcio intermunicipal de saúde da região. A secretária de saúde, a diretora de

saúde e a coordenadora de atenção primária são profissionais de nível superior, da área de saúde, com pós-graduação em gestão pública. A estrutura física da secretaria separa a área administrativa de áreas assistenciais, apesar de concentrar em uma mesma quadra, vários órgãos da secretaria, como academia de saúde, unidade básica de saúde e hospital. As pessoas que participaram da pesquisa demonstraram amadurecimento quanto ao entendimento dos processos, e ressaltaram estar em constante aprendizado, vendo tais processos a cada dia de forma mais clara e estruturada.

**Pontuação na matriz:** 54 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 36 na área de planejamento e gestão, 6 na área de organização do trabalho, 6 na área de implementação do programa de trabalho e 6 na área de governança.

**Achados Importantes:** A equipe gestora altamente qualificada, a organização dos trabalhos e o investimento em saúde se traduzem em melhor aproveitamento dos recursos e bons resultados em saúde.

#### 4.3.1.3 Caso 3:

O Caso 3 compõe o grupo dos municípios com resultados pouco satisfatórios. Tem o menor PIB per capita da amostra, o que se agrava por possuir baixo percentual de transferências intergovernamentais sobre receitas totais (67,8%). É o município que apresentou o segundo menor valor em despesas totais em saúde, por habitante (R\$505,53) e baixo percentual de transferências intergovernamentais na composição desse gasto (38%). Apresentou alto índice de mortalidade infantil no período e péssimos resultados nos indicadores de desempenho da APS (27,1%). Ao passo que o Caso 2 (de melhores resultados) teve acesso a R\$ 886,17 (oitocentos e oitenta e seis reais e dezessete centavos) por habitante, provenientes de transferências intergovernamentais, o Caso 3 acessou R\$190,18 (cento e noventa reais e dezoito centavos) por habitante.

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** A gestora relatou pretensões político partidárias, tendo ocupado o cargo de gestora em diferentes mandatos, se ausentando por alguns períodos para concorrer às eleições. É pedagoga, de formação, e até o ano anterior estava trabalhando na educação. Contava com servidora que é técnica em enfermagem e que apoia a gestão – exercendo na ocasião o cargo de diretora de saúde - e que já assumiu temporariamente o cargo de gestora

municipal mais de uma vez, quando a atual gestora concorreu a eleições.

**Organização da área de planejamento e gestão:** A equipe informou possuir em sua equipe enfermeira que entende das regras orçamentárias, e que seu trabalho garantiu uma maior agilidade aos processos de compra. O fato desses processos estarem dependendo exclusivamente de uma pessoa denota fragilidade desta área, deixando-a dependente daquela servidora. Na prática, o que se viu foi um baixo aproveitamento dos recursos provenientes de transferências governamentais, e um baixo investimento proveniente de recursos próprios. A ausência de coordenação na atenção primária também fragiliza os processos, desorganização que foi vivenciada durante a entrevista e reforçada pelos resultados obtidos na avaliação dos indicadores de desempenho da APS.

**Contexto do caso:** Na secretaria se percebeu uma tensão quando da observação do clima organizacional, sendo que algumas pessoas pareciam ser temidas e muito respeitadas. Cada enfermeiro respondia pela coordenação da unidade que atua, sem comando centralizado, planejamento ou reuniões. A diretora de saúde demonstrou estar a frente da elaboração dos instrumentos de gestão, reconhecendo que eles precisam ser melhorados.

**Pontuação na matriz:** 9 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 5 na área de planejamento e gestão, 3 na área de organização do trabalho, 0 na área de implementação do programa de trabalho e 1 na área de governança.

**Achados importantes:** A falta de cuidado com a organização dos trabalhos da secretaria se traduz em péssimos resultados nos indicadores de desempenho atualmente avaliados através do Programa Previne Brasil. O município tem o menor PIB per capita da amostra.

#### 4.3.1.4 Caso 4:

O menor município da amostra, com pouco mais de 3 mil habitantes, integra o grupo dos municípios com resultados financeiros mais satisfatórios. Os indicadores financeiros evidenciaram um orçamento organizado, com alto investimento per capita proveniente de recursos próprios (R\$ 849,64) e de recursos provenientes de transferências intergovernamentais (R\$944,51). A gestora atual não fazia parte da gestão no período correspondente aos dados. De toda amostra, foi o município que apresentou maior investimento per capita em saúde (R\$ 1794,15), valor que não se

justificaria se observássemos os péssimos resultados dos indicadores de desempenho, apresentando o menor resultado da amostra (20%). A atual organização, fragilizada, foi relatada durante toda a entrevista, bem como a necessidade urgente de contratação de profissionais. Possuía 100% de cobertura da APS, e o percentual de aplicação na área da saúde foi de 22,9%, no ano avaliado. Apresentou alto índice de mortalidade infantil, que em número absoluto representaram 2 óbitos ocorridos no triênio, que precisariam ser avaliados quanto ao grau de evitabilidade, para conclusões mais apuradas.

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** A atual gestora estava à frente da secretaria de saúde há pouco tempo, é profissional da área da saúde, psicóloga, mas atuou anteriormente na secretaria de educação. Demonstrou facilidade no entendimento dos processos de gestão, porém o tempo de experiência tem lhe permitido conhecer aos poucos a complexidade da área. Relatou que a coordenadora de atenção primária era naquele momento também a única enfermeira do município nesse nível de atenção. Esta profissional enfermeira, segundo o relato, pretendia se aposentar em tempo próximo.

**Organização da área de planejamento e gestão:** O município não possuía na ocasião da pesquisa, equipe de planejamento e gestão. A fragilidade dos processos foi expressa pela frustração presente no discurso da gestora municipal, que relatou a necessidade de contratação de profissionais para diversas áreas, mas que não possuía autonomia para realizar as contratações.

**Contexto do caso:** O prefeito não autorizava contratações e o município contava, à época, com uma enfermeira, responsável pelo apoio aos instrumentos de gestão, organização da assistência e coordenação da única equipe de ESF do município. Na coordenação de vigilância contavam com ACS aposentado, que assumiu a função a pedido da nova gestora, com anuência do prefeito, pela falta de funcionários. A gestora se mostrou frustrada, compreendendo a complexidade da gestão, porém sem autonomia e apoio necessários para promover mudanças no setor.

**Pontuação na matriz:** 14 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 9 na área de planejamento e gestão, 2 na área de organização do trabalho, 1 na área de implementação do programa de trabalho e 2 na área de governança.

**Achados importantes:** O ponto que mais chamou a atenção nesse caso é que, mesmo um gestor que apresente um entendimento satisfatório dos processos não conseguirá atingir bons resultados se não tiver autonomia para a tomada de decisão

para organização da estrutura e dos processos. Saber que o município contava com uma profissional enfermeira que sempre esteve a frente de todos os processos de planejamento e gestão e que estava em vias de aposentadoria, sem qualquer cuidado que previsse uma mentoria ou plano de transição para sua substituição, demonstram a fragilidade nos processos organizacionais. Os resultados dos indicadores de desempenho do programa Previne Brasil também evidenciam que, mesmo um município que apresente bons resultados financeiros, se não possui uma equipe de planejamento, pode apresentar fragilidades em seus processos, conforme ocorrem mudanças de gestão.

#### 4.3.1.5 Caso 5:

Trata-se de município com pouco mais de 5 mil habitantes, que compõe o grupo dos casos com resultados mais satisfatórios. Apresentou baixa cobertura de APS (69%), e percentual de aplicação em saúde de 16%. As despesas totais em saúde por habitante eram no valor de R\$ 1076,95, sendo que 54% desse valor proveniente de transferências intergovernamentais. Apesar dos bons resultados financeiros, apresentou mortalidade infantil alta, que representa 3 óbitos no triênio, em números absolutos (não avaliados quanto ao grau de evitabilidade). Os indicadores de desempenho apresentaram resultado regular (53,4%), e foram citados durante a entrevista como uma preocupação da atual gestão quanto ao seu melhor entendimento.

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** a coordenadora de atenção primária era profissional de saúde, odontóloga, que já havia atuado em mais de um município e se mostrava preocupada em entender os processos de planejamento, a organização do trabalho e o monitoramento dos resultados. O município não possuía gestor de saúde naquele momento, sendo que a gestora anterior pediu exoneração do cargo, e ainda não foi substituída. A apoiadora da gestão, profissional de nível médio, com atuação no campo administrativo, atuava anteriormente junto à secretaria de saúde que pediu exoneração (e que ficou 6 meses no cargo).

**Organização da área de planejamento e gestão:** Possuíam coordenação de atenção primária e vigilância em saúde, porém a ausência de comando acarretada pela não nomeação de um gestor municipal para a saúde, não favoreceu o planejamento. Os instrumentos de gestão foram elaborados, mas na prática as

decisões pareciam ser tomadas a partir de outros critérios.

**Contexto do Caso:** A secretaria de saúde pareceu ser um órgão com pouca autonomia, sendo administrada pelo prefeito, com apoio do contador. A coordenadora de atenção primária se mostrou preocupada com a organização do trabalho e monitoramento de indicadores de saúde, principalmente os de desempenho previstos pelo Previne Brasil.

**Pontuação na matriz:** 24 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 14 na área de planejamento e gestão, 2 na área de organização do trabalho, 3 na área de implementação do programa de trabalho e 5 na área de governança.

**Achados importantes:** Evidenciou-se uma equipe de gestão bem-intencionada, procurando compreender melhor os processos, mas fragilizada pela ausência de poder decisório.

#### 4.3.1.6 Caso 6:

O Caso 6 se destaca na amostra por apresentar os piores resultados entre os 73 municípios avaliados, em cinco dos seis indicadores financeiros avaliados, compondo o grupo de municípios com resultados menos satisfatórios. Foi o município que apresentou maior grau de dependência das transferências intergovernamentais (92,29%), menor valor em despesas totais em saúde por habitante (R\$383,23), sendo que desse valor apenas R\$ 47,27 (quarenta e sete reais e vinte e sete centavos) eram provenientes de transferências governamentais. Os municípios que compõem o grupo com os melhores resultados financeiros apresentam entre R\$ 582,84 (quinhentos e oitenta e dois reais e oitenta e quatro centavos) e R\$ 944,51 (novecentos e quarenta e quatro reais e cinquenta e um centavos). Apresentou ainda, entre os indicadores de saúde avaliados, alto índice de mortalidade infantil e baixo resultado na avaliação de desempenho da APS.

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** No dia agendado para a entrevista, apesar da gestora haver confirmado sua presença, ela estava ausente do município. Respondeu ao questionário a coordenadora de Atenção Primária, enfermeira, que aparentava ter vasto conhecimento de saúde pública, porém relatou não possuir experiência na gestão da saúde.

**Organização da área de planejamento e gestão:** A secretaria de saúde apresentava estrutura simples e pequena, anexa a uma unidade básica de saúde. Tomou-se o

cuidado de reservar espaço exclusivo para as atividades administrativas, que eram desempenhadas em dois cômodos da estrutura predial. Pela quantidade de mesas dispostas, percebeu-se que a equipe era pequena, e que as mesmas pessoas se dividiam entre gestão e atividades relacionadas ao agendamento de consultas. Chamou atenção durante a conversa, o número de interrupções presenciais e também por telefone, levando à reflexão sobre a dificuldade de se estabelecer um raciocínio claro e foco para as atividades de planejamento e gestão naquele cenário. Sobre a elaboração dos instrumentos de gestão, a coordenadora de APS não se sentiu preparada para responder aos questionamentos, pois era uma área que apenas a gestora municipal estava envolvida.

**Contexto do caso:** Durante a conversa, a coordenadora de APS do município relatou problemas sérios de corrupção que haviam sido descobertos na gestão anterior, envolvendo prefeito, presidente da câmara e também a gestão municipal de saúde, sendo que todos foram afastados de seus cargos.

**Pontuação na matriz:** 10 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 6 na área de planejamento e gestão, 0 na área de organização do trabalho, 1 na área de implementação do programa de trabalho e 3 na área de governança.

**Achados importantes:** a falta de envolvimento de coordenadores nas ações de planejamento e gestão prejudica a elaboração dos instrumentos de gestão, pois limita a participação de pessoas intimamente relacionadas com a implementação do plano no processo de construção dele.

#### 4.3.1.7 Caso 7:

Município que compõe o grupo dos casos com resultados mais satisfatórios, possuindo pouco mais que 6 mil habitantes, e 100% de cobertura de APS. Foi o município com maior PIB da amostra (R\$17.992,60). O percentual de transferências intergovernamentais sobre o gasto total com saúde foi de 56%, no período avaliado. Apresentou baixo índice de mortalidade infantil e ótimos resultados na avaliação dos indicadores de desempenho da APS (88%).

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** A gestora, técnica em enfermagem, atuava há 20 anos no município, porém era a primeira vez que se aproximava da gestão. O coordenador de atenção primária era da área jurídica, e falava muito em fiscalizar o trabalho e cobrar resultados, mas ainda não demonstrava o entendimento

necessário para apoiar os processos, apesar de demonstrar boa vontade.

**Organização da área de planejamento e gestão:** Os novos integrantes da secretaria estavam experimentando participar do planejamento orçamentário, atividade que segundo os entrevistados era feita anteriormente exclusivamente pelo contador da prefeitura. Na equipe se destacou a fala de uma profissional de nível médio que compunha a equipe de planejamento e gestão, e que já atuava na gestão anterior. Esta servidora apresentava maior entendimento dos processos de gestão, apesar de relatar fragilidades. No geral, os integrantes da equipe relataram não entender a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de gestão orçamentária e apontavam para uma nova fase na secretaria, com a estruturação do processo de licitação e compras.

**Contexto do caso:** A nova equipe gestora foi formada com critérios técnicos, sendo que os entrevistados demonstravam experiência e traçavam planos com base em erros e acertos do passado. A equipe apresentou sintonia, comentando durante a entrevista sobre vários planos que pensaram juntos, a partir da contribuição de cada um.

**Pontuação na matriz:** 23 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 12 na área de planejamento e gestão, 5 na área de organização do trabalho, 3 na área de implementação do programa de trabalho e 3 na área de governança.

**Achados importantes:** Apesar da falta de experiência na área de planejamento e gestão por parte da nova equipe, o conhecimento dos profissionais escolhidos para sua composição – vindos da prática, trabalhadores da secretaria de saúde – permitiu que várias fragilidades fossem apontadas e algumas soluções importantes estivessem em fase de implementação, como a estruturação da gestão do orçamento, por exemplo.

#### 4.3.1.8 Caso 8:

O município do Caso 8, apesar de apresentar o segundo maior PIB per capita da amostra, está entre os municípios do grupo de resultados menos satisfatórios. Quanto às despesas em saúde provenientes de recursos próprios, está entre os três municípios com menor valor de investimento R\$ 375,76 (trezentos e setenta e cinco reais e setenta e seis centavos).

**Caracterização dos participantes da pesquisa:** O gestor era profissional de saúde

aposentado da Secretaria de Estado da Saúde e apresentava um bom entendimento teórico dos processos de planejamento e gestão participativa, tendo assumido a gestão municipal há pouco tempo. A coordenadora de atenção primária não participou da entrevista, e durante a conversa ficou evidente que havia conflitos entre os dois.

**Organização da área de planejamento e gestão:** Existiam cargos e pessoas nomeadas para tarefas importantes, mas demonstraram não haver boa relação entre eles. A falta de diálogo fragmentava os processos e prejudicava o desempenho do município.

**Contexto do caso:** Na secretaria se percebeu e foi relatada uma resistência ao novo gestor, e durante a entrevista foram abordadas situações que evidenciaram que passavam por alguns conflitos, inclusive pessoais.

**Pontuação na matriz:** 22 pontos (dos 62 pontos possíveis), sendo 6 na área de planejamento e gestão, 0 na área de organização do trabalho, 1 na área de implementação do programa de trabalho e 3 na área de governança.

**Achados Importantes:** O contexto observado durante a aplicação dos roteiros de entrevistas permitiu a constatação da importância da formalização das mesas de discussão, sendo perceptível a fragmentação do trabalho e a falta de integração entre a equipe, em assuntos que deveriam ser de entendimento comum.

Compreender os processos que estão por trás dos indicadores financeiros e resultados de saúde apresentados pelos municípios que compõem o grupo de casos, implica na observação de muitos outros fatores, além daqueles abordados na pontuação da MAJ. A estrutura, a organização dos processos e o monitoramento dos resultados são fatores que precisam ser priorizados. Ao assumir a gestão de um município, por menor que seja, seria esperado que o gestor definisse seus objetivos, organizasse os processos, obtivesse conhecimento do orçamento disponível, investindo na organização contábil, estipulando critérios para escolha dos profissionais que ocuparão funções relevantes para a gestão, considerando que tais secretarias chegam a gerir 35% de todos os recursos públicos municipais. Porém, o que se viu nesses municípios de pequeno porte estudados, é que a organização da secretaria de saúde não parece ser uma atividade priorizada pela gestão. Mesmo nos municípios em que alguns fluxos e procedimentos se mostraram eficazes, não há segurança quanto à continuidade de tais processos. Estabelecer o mínimo necessário é uma medida para manutenção de procedimentos básicos que garantam eficiência a

instituições que gerenciam milhões de reais e impactam diretamente na qualidade de vida da população.

Diante disso, a partir da observação e das falas dos profissionais que colaboraram com a pesquisa, analisou-se a organização das secretarias municipais de saúde quanto à estrutura, os processos organizacionais e a gestão do trabalho, e finalmente o monitoramento e avaliação dos resultados.

#### 4.3.2 A Estrutura de Planejamento e Gestão

##### 4.3.2.1 A ambiência

Na matriz de avaliação e julgamento aplicada, não havia atributos que avaliassem a estrutura física e o ambiente. É claro que, por se tratar de municípios muito pequenos, não se espera a existência de grandes prédios que abriguem grandes equipes. Porém, é recomendável que alguns cuidados sejam tomados.

Tempos atrás, fazia parte das atividades prioritárias do secretário municipal de saúde o atendimento direto à população. Essa escuta sensível é sim uma fonte importante para levantamento de demandas, afinal, se todos os dias alguém procura o gestor para ter acesso a um tipo de procedimento, pode-se deduzir rapidamente dois fatores diagnósticos importantes: que aquela é uma demanda frequente, ou seja, uma necessidade de saúde; e que há uma fragilidade grave no fluxo de acesso estabelecido – ou ausente - para aquele serviço.

Porém, com o passar do tempo e o aperfeiçoamento dos processos de gestão, talvez não seja um capricho pensar que as pessoas que se dedicam a planejar os orçamentos, qualificar despesas, identificar necessidades de saúde e viabilizar ações que atendam às mesmas, precisam de um ambiente adequado para tal. As interrupções constantes e o acesso contínuo da população podem fazer com que os processos de trabalho se definam a partir de dois tipos de demandas: aquelas que lhe são impostas como mais importantes (e nem sempre há um bom critério para a escolha) e aquelas que estão mais atrasadas.

Para planejar adequadamente, tais demandas devem estar na lista de situações a serem resolvidas, mas é necessário pensar na ambiência. A ambiência na saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que devem proporcionar atenção

acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010). Desta forma, é necessário que o ambiente de trabalho promova tranquilidade e clareza para que sejam definidas as demandas prioritárias, mediante critérios técnicos.

Arquivos organizados para a guarda adequada de informações e mesas dispostas de forma a facilitar o fluxo de trabalho também devem ser vistos como importantes. O simples fato de duas pessoas envolvidas em processos contínuos estarem separadas fisicamente e organizacionalmente, pode comprometer toda uma operação.

Recomenda-se que o gestor municipal e a equipe de planejamento e gestão sempre estejam acessíveis à população. No entanto, se essas pessoas se dedicam a leitura e compreensão de normas legislativas, construção de instrumentos de gestão, implementação de planos de saúde, organização de dados e indicadores que norteiem suas ações prioritárias, gestão de pessoas e de recursos financeiros, esse acesso deve ser de alguma forma controlado. Ter alguém os assessorando, capaz de atender a população com respeito e gentileza, acolher demandas e qualificá-las é um cuidado que pode interferir positivamente nos resultados de todos os processos citados acima. Outro fato importante quanto à ambiência, são as interrupções pelo telefone. Em um dos municípios, o telefone tocou durante toda a entrevista, que foi feita na sala do gestor, que é também o espaço destinado ao agendamento de consultas e exames, e sala da coordenação de APS.

Durante a pesquisa notou-se que em diversas falas aparecia como justificativa para a ausência de planejamento a imposição de demandas que não são as mais importantes, ou as mais urgentes, mas que aparecem frente à gestão, e não há possibilidade de administrar a situação.

Outra constante, foi a percepção quanto ao elenco das três prioridades, pergunta que foi dirigida aos secretários municipais de saúde. Este questionamento sobre as prioridades deveria possibilitar a análise destas mesmas no PMS, e conseqüentemente se elas estavam de alguma forma, mesmo que macro planejadas, presentes no PPA. As respostas a essa pergunta sempre incluíam a definição de prioridades, por parte desses entrevistados, a partir de problemas que apareciam constantemente à sua frente, para que fossem resolvidos. Não foi possível notar um comprometimento com o documento, nem a impressão de que os envolvidos na gestão municipal apresentavam domínio sobre as diretrizes pontuadas nesses instrumentos.

A estruturação do trabalho remete à preocupação com a estrutura física e ambiência. Um ambiente que não permita a análise da situação prejudica a profissionalização da gestão.

E é necessário ressaltar aqui que, nesses municípios, a secretaria de saúde geralmente está instalada em um prédio pequeno, com pouca estrutura, sem uma ambiência planejada. Ainda submetida à antiga visão do que seria o papel do secretário municipal de saúde e de sua equipe, a secretaria é vista como um local onde pessoas pedem para que seus exames sejam agendados com maior brevidade, que seja autorizado um carro para levar um familiar para tratamentos fora do município, ou a autorização de uma consulta. Tais demandas têm o potencial de ocupar todo o tempo do gestor municipal de saúde, caso não haja um planejamento do fluxo e ambiência da secretaria. A fala de um Coordenador de Atenção Primária ilustra esse ponto:

*Saúde da mulher é nossa prioridade. Saúde da mulher é muito importante porque a demanda nossa em saúde da mulher tem aumentado. Até em questão de especialidade, muita procura por ginecologista, preventivo, tudo relacionado a saúde da mulher tem muita procura. Eu atendo gente que busca por essa área todos os dias (GMS3).*

#### 4.3.2.2 A composição da equipe

Quando um prefeito é eleito, o primeiro passo é a constituição de uma equipe apta a implementar as propostas apresentadas na campanha e que são seu compromisso com a população. A escolha de um secretário municipal de saúde é um fator importante para o sucesso da implementação desse plano. Os critérios que deveriam nortear tal escolha passam pelas habilidades políticas – inerentes ao cargo – mas precisam prever a capacidade de planejar e de gerenciar pessoas e processos.

Jann e Wegrich (2007), *apud* Jannuzzi (2011), ao falar do ciclo de políticas públicas, identificam que o modelo clássico prevê uma situação ideal, em que gestores eleitos governam com corpos burocráticos com boa capacidade de diagnóstico de problemas, inovação na formulação de programas, racionalidade técnica na tomada de decisões, controle efetivo durante a implementação, e objetividade na avaliação.

Na realidade o que se vê é que, pela forte interferência política na escolha do secretário, algumas vezes assume o cargo alguém que não possui habilidades e

conhecimento técnico para o desempenho das complexas tarefas que hoje são necessárias para que uma secretaria de saúde consiga entregar à sociedade soluções adequadas.

Propor que pequenos municípios valorizem a composição de uma equipe de planejamento e gestão, formada por técnicos que estejam na coordenação dos setores da secretaria, pode garantir que padrões mínimos de qualidade sejam estabelecidos e que haja continuidade de processos assertivos implementados, respeitando-se mais o modelo ideal descrito como o ciclo de políticas públicas.

Pires *et al.* (2019) apontam, dentre as não conformidades elencadas em estudo sobre a gestão na atenção primária, a não formação/capacitação para a gestão. Os autores listam as dificuldades impostas pelas condições de trabalho no setor, como uma das causas da alta rotatividade e do aumento das cargas de trabalho dos gestores.

A definição de atribuições sob competência das equipes municipais na gestão da atenção primária pode reduzir a possível interferência negativa advinda da indicação de uma pessoa não preparada para assumir o cargo de gestor municipal de saúde. Envolver as coordenações técnicas e profissionais chave dos campos administrativo e contábil pode contribuir para uma gestão mais assertiva, e colaborar para a construção de equipes de planejamento e gestão que se mantenham durante as mudanças de gestores ocasionadas pelo processo eleitoral.

Segundo Pinheiro e de Jesus (2014) ações de apoio institucional voltadas para as equipes de atenção básica devem fomentar mudanças e reformulações no modo tradicional de se fazer gestão, aumentando a participação dos trabalhadores no processo decisório e no planejamento participativo. Baseadas no método Paidéia, as autoras enfatizam que envolver trabalhadores, valorizar os profissionais e promover a socialização dos saberes e práticas promovem uma atuação mais humanizada, qualificada e eficaz. Shimizu e Martins (2014) ainda reforçam que tais práticas participativas colaboram para a satisfação no trabalho e apontam a Política Nacional de Humanização como um propulsor para criação de coletivos.

Ruiz-Rodriguez *et al.* (2011), ao analisar o sistema de saúde da Colômbia, apontam que a maioria das dificuldades desse sistema são do tipo estrutural e estão determinadas por um sistema com múltiplos atores e que opera sob uma lógica contratual com segmentação institucional e fragmentação operativa, muito voltado ao cumprimento de metas impostas, e não construídas com base nas necessidades

locais. Tal desenho se traduz em uma dissonância entre o modelo desenhado e planejado e a operacionalização que surge na prática.

A preocupação com a formação de lideranças e o desenvolvimento de habilidades de gestão em todos os níveis institucionais é fundamentada nas novas necessidades da atenção primária em saúde, como se organiza atualmente. Os processos descentralizados e a articulação entre os setores e os níveis de atenção são imprescindíveis para o alcance de resultados.

A existência de tais equipes não garantirá efetividade total aos processos, mas pode proteger e potencializar boas iniciativas municipais que venham a surgir ao longo dos anos. Conforme Jannuzzi (2011), a formulação de políticas públicas envolve a interação de muitos agentes, é marcada por apoios entusiasmados de uns e resistências legítimas de outros, e está repleta de avanços e retrocessos.

Durante a realização da pesquisa, na fase em que foram consultados os experts, um dos participantes mencionou que a origem do gestor pode indicar quais serão seus valores frente ao cargo: segundo ele, gestores que anteriormente atuaram como motoristas de ambulância, agendadores e diretores administrativos de hospitais de pequeno porte – muito comumente escolhidos para o cargo – podem tender a apresentar um perfil eleitoreiro. E, se o gestor governar tendo como prioridade o político eleitoral, sua gestão poderá estar comprometida. É evidente que, se o objetivo principal é conseguir votos, a construção de processos técnicos que garantam acesso da população aos serviços pode tornar impessoal a concessão daquela consulta ou exame, o que prejudicaria a intenção daqueles que se beneficiam em garantir acessos individualizados ao direito à saúde, depois que fluxos ineficazes impediram a população de conseguir esse acesso com imparcialidade.

Além disso, mesmo que o gestor não priorize interesses eleitoreiros, mas não esteja apto a compreender e executar as atividades inerentes à pasta, os resultados podem ser comprometidos.

Observa-se a fragilidade advinda desse tipo de situação na fala dos profissionais do Caso 5. Perguntados sobre a gestora, os mesmos explicam que ela pediu exoneração, e que nesse momento o cargo não está sendo ocupado por ninguém. Questionados sobre a experiência da ex-gestora, eles respondem:

*Ela ficou seis meses, né? Nem seis meses, cinco meses e meio. Ela era da área de direito, tinha um pouquinho de conhecimento da saúde porque o marido era médico (CAP5).*

Perguntados sobre as prioridades do município, a técnica respondeu que não sabia quais seriam, pois não estavam na gestão anterior, não conheciam o plano direito, nem a Programação Anual de Saúde.

Essas e outras situações deixam clara a necessidade de que tais municípios possuam equipes de planejamento. Como se trata de municípios pequenos, pode não ser viável a composição de equipes exclusivas de planejamento e gestão, porém configurar entre os técnicos existentes uma equipe que esteja coesa e se debruce sobre os processos de planejamento e gestão, mesmo que apenas com a definição clara das atribuições e a destinação de uma carga horária para tal, pode garantir que o funcionamento básico da secretaria não seja prejudicado pela indicação de um gestor com pouco preparo para o cargo.

Entre os municípios visitados, uma minoria possuía organograma, com a definição clara da estrutura organizacional, e nenhum deles possuía descrição das atribuições do cargo, algo que poderia nortear as ações que cada um desempenha. Muitas vezes as pessoas veem a organização como algo que engessa e inflexibiliza os processos, mas essa percepção não é verdadeira. Organizar permite o estabelecimento de linhas estruturais que podem fortalecer as instituições, e cabe às pessoas a organização do trabalho de forma a permitir liberdade dentro dessa estruturação.

No caso desses municípios, o que se percebeu é que as demandas de trabalho são muito similares, e a estrutura assistencial disponível também não apresentava grandes variações. Estabelecer uma estrutura mínima a partir da experiência de outros municípios, considerando aquilo que aparentemente impacta positivamente, pode nortear equipes de gestão que pretendem estruturar a área administrativa da secretaria municipal de saúde, garantir uma ambiência que promova fluxos eficazes e uma equipe organizada.

Durante as entrevistas, foram alvo da nossa pesquisa os gestores municipais de saúde e os coordenadores de atenção primária. Porém, ao visitar *in loco* tais equipes, automaticamente eram chamados para participar da conversa pessoas que eram imprescindíveis ao município, quando se tratava do tema.

Recorrentemente aparece um técnico, que pode ser da área administrativa ou da saúde, que apoia o gestor nos processos licitatórios. Essa pessoa precisa entender das resoluções e portarias que normatizam os incentivos financeiros e das funções e subfunções do orçamento público. Nos municípios em que essa pessoa participava

da elaboração dos instrumentos de gestão, vimos planos de saúde e programações anuais de saúde – peças obrigatórias às secretarias para a elaboração do planejamento, mais adequados e mais próximos da realidade. Documentos que realmente norteiam as decisões e o orçamento. Ficou claro também que nos municípios em que tais processos não eram acompanhados pela mesma equipe, havia documentos engavetados, meramente ilustrativos.

Cumpramos destacar que o Plano Plurianual (PPA), conforme Brasil (2007b, p.86) é o instrumento que deve orientar o planejamento e a gestão na Administração Pública. Neste documento são definidas as metas físicas e financeiras, para detalhamento dos orçamentos anuais. Os programas contidos no PPA devem ser estruturados conforme diretrizes de governo e disponibilidade de recursos.

Em um município do grupo com melhores indicadores, aparece pela primeira vez respostas que configuram um bom entendimento dos processos que envolvem a elaboração e utilização do PPA:

*O PPA é, podemos dizer, onde estão todas as diretrizes do município para o que pretende fazer em quatro anos. Ele dá a diretriz, o caminho a ser seguido, para a partir desse plano a gente pensar no nosso dia a dia. Cada secretaria elenca suas diretrizes, e elas constam as mesmas no Plano Municipal de Saúde (EPG2).*

Esta equipe, pertencente ao Caso 2, foi a única que falou claramente das diretrizes, com a facilidade de alguém que convivia diariamente com aquele planejamento, realmente embasando suas decisões. Outra questão interessante foi que, tanto a diretora de saúde quanto a coordenadora de atenção primária relataram ter cursado pós-graduação em gestão pública, por terem constatado ser importante esta formação para o desempenho de suas funções. E por último, e talvez mais importante, apesar de terem ocorrido trocas na gestão, essas pessoas estavam há mais de três gestões na área de planejamento e gestão, sendo que o município se comprometeu em preservar uma equipe de planejamento.

*Antes mesmo de ser coordenadora da APS eu já participava, como era rotina nossa, para reunião de elaboração e reestruturação dos instrumentos de gestão. O instrumento de gestão sempre esteve presente dentro da minha rotina na secretaria. Eu já sabia que era importante, mas agora como coordenadora eu compreendo quão importante é esse instrumento, desde a ação do motorista até os projetos mais complexos da secretaria (CAP2).*

No Caso 4, a gestora falou sobre os desafios da gestão de municípios

pequenos:

*Eu entrei na secretaria totalmente crua, ainda mais de gestão, porque sempre fui psicóloga da educação. Até hoje ainda tenho muita dificuldade pra trabalhar na gestão. E, por ser cidade pequena, a gestão não fica tão bem-feita, porque a gente acaba tendo que socorrer probleminhas aleatórios. Então assim, eu gosto só que ainda tenho muita dificuldade (GMS4).*

Tais fatos levam a crer que seria importante uma estrutura mínima, para que mesmo aqueles municípios que passam por mudanças bruscas na gestão, ações de cunho político partidário que interferem na composição da equipe, fragilidades advindas de decisões de cunho eleitoreiro, tenham um norte, uma base que permita que a secretaria esteja minimamente estruturada.

#### 4.3.2.3 Os processos organizacionais e a gestão do trabalho

Para falar de processos organizacionais, faz-se necessário explicitar que são encontrados minimamente três tipos de processos intimamente ligados à gestão municipal desses municípios pequenos:

- o planejamento e a comunicação ou fluxo de informações estabelecidos entre a secretaria municipal de saúde e a prefeitura, voltados para a construção do orçamento e procedimentos financeiros e contábeis;
- a organização interna da secretaria municipal, viabilizando a assistência à saúde dentre os diversos setores, com definição de atribuições e composição de uma equipe mínima de planejamento;
- a gestão de pessoas, do trabalho e organização dos processos para implementação do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde.

Pretende-se detalhar cada um deles, conforme os achados importantes durante a pesquisa.

- **O Orçamento, os Processos Financeiros e Contábeis**

Este é considerado um macroprocesso, porque envolve a elaboração do Plano Plurianual e Leis Orçamentárias e a relação da secretaria municipal de saúde com os órgãos sobre os quais ela não tem governabilidade (da prefeitura) e que impactam

diretamente nos resultados. Nesses municípios pequenos a contabilidade é feita exclusivamente pela prefeitura, na maioria dos casos, e quando as equipes de planejamento da prefeitura não permitem ou não incentivam a participação da equipe de planejamento da saúde na elaboração dos instrumentos municipais, há uma dissonância entre eles.

Esse aspecto merece destaque porque, embora seja ressaltada a importância da construção conjunta do Plano Municipal de Saúde (envolvendo coordenações e trabalhadores das diversas áreas e setores da saúde) por mais bem organizados que esses processos estejam e por melhor que seja o documento elaborado (PMS), se não houver um fluxo de informações ascendente – da SMS para a prefeitura – as prioridades elencadas no PMS não estarão presentes nos instrumentos que definem o orçamento.

Conforme aponta do gestor municipal do Caso 8:

*Eu acho que os profissionais deveriam participar mais da elaboração e não só da confecção desse instrumento. A realidade dos municípios muitas vezes é diferente do que está no plano (GMS8).*

O mesmo gestor, em outro momento:

*Eu acho que tinha que haver mais participação popular e participação dos profissionais de saúde, e mais credibilidade. Hoje o político acha que ele superou a técnica. Não há respeito pelo conhecimento dos profissionais. A população não está preocupada em participar, ela quer resolver o problema dela. É a parte política que fala muito, pois o vereador vem aqui e quer que você faça a vontade dele (GMS8).*

Nesse aspecto, ao colocar a pesquisa em campo, foram identificadas fragilidades que impactaram no entendimento daquilo que seria essencial. Em uma das entrevistas, ao perguntar sobre o Plano Plurianual e questionar a entrevistada quanto à sua participação, ela falava de outro instrumento – o Plano Municipal de Saúde – e deixou evidente que, mesmo estando à frente da construção desse último, não sabia do que se tratava o primeiro.

Nivelar tais municípios e aplicar a eles o mesmo roteiro de entrevista permitiu a percepção de que existem pessoas com um entendimento muito sólido dos instrumentos de gestão e dos processos que os envolvem. No entanto, também existiam profissionais que não conseguiram compreender as questões que estavam sendo colocadas, para a pontuação da matriz de avaliação e julgamento.

O processo orçamentário é composto por várias etapas, desde o planejamento

das ações governamentais, elaboração e aprovação das leis orçamentárias, execução do orçamento e controle e avaliação desta execução, num ciclo contínuo. Quando as pessoas que planejam e definem o orçamento não interagem com as pessoas que elaboram as ações governamentais, o plano se torna frágil, e algumas vezes inviável.

As equipes municipais que compreendem essa relação e estabelecem esse fluxo, alcançam êxito na implementação do que é planejado, e planejará com base naquilo que é prioritário. Porém, foram evidenciadas muitas fragilidades quanto à construção desse instrumento, como fica claro na fala da profissional da equipe de planejamento e gestão do Caso 5, que pertence ao grupo que apresentou indicadores financeiros ruins:

*Olha, na realidade quem faz isso aqui é a prefeitura. Quem faz é a parte da administração, do jurídico, licitação, do compras. Esse pessoal que se senta com o secretário da vez e faz isso aqui. Por causa do contador, pra ver o que que dá e não dá. Então, não é uma coisa que chega pra nós (CAP3).*

No caso 7, verifica-se que os profissionais que já estavam de alguma forma envolvidos na gestão anterior, estão implementando mudanças nos processos dessa área:

*A gestão passada, eu acho que assim, o dinheiro não foi gasto por medo, porque são muitas portarias, né? E sabe que a gente responde por isso. Esse gestor financeiro é uma coisa nova pra gente. O que a gente pode garantir é que daqui pra frente a gente vai ter uma melhor comunicação com o contador. Ou seja, a gente vai participar da elaboração do PPA, da LDO e depois do orçamento anual. Porque a partir de agora a gente vai ter um protagonismo maior e se especializar (CAP7).*

Vale reforçar, conforme aponta o CONASS (BRASIL, 2007, p.24) que “A LDO busca sincronizar a Lei Orçamentária Anual (LOA) com as diretrizes, objetivos e metas fixados no PPA”. Compreender essa relação, e entender que a LDO explicita as metas e as prioridades de gestão, desencadeia um processo de qualificação na construção desses instrumentos. A LDO irá orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), e harmonizar tais instrumentos exige equipes de gestão que trabalham de maneira colaborativa no município, em comunicação constante entre as secretarias e a prefeitura.

A diferença para um município do grupo de melhores resultados é marcante:

*Eu tenho conhecimento de todos os recursos, não sei de cabeça o montante, até porque muda muito, mas por exemplo o recurso que recebemos para as*

*academias de saúde, eu sei como veio, o que é viável como opção de aquisição, realizei reunião com os fisioterapeutas para a definição do plano de aplicação (CAP2).*

A diretora de saúde complementa:

*Aqui temos uma contadora, que faz com que todas as diretrizes do plano estejam previstas no orçamento. A nossa parte é mais quantitativa quanto aos indicadores, mas nós nunca deixamos de conversar com a contabilidade para ver a questão dos recursos. Cuidar do orçamento não é uma preocupação da coordenação técnica, porque confiamos na pessoa responsável, que permite que a gente participe e acompanhe (EPG2).*

Perguntados sobre os procedimentos para o desenvolvimento de um plano de aplicação para recursos provenientes de transferências governamentais que tenham sido recebidos, profissionais do Caso 5 relatam:

*Pra gente ter acesso a conta da prefeitura é complicado. O procurador do município não permite saber quanto tem ou o que veio. O certo era, quando a gente precisa de alguma coisa, a gente faz a licitação, e na nota especifica a portaria. Não, eu mando lá na prefeitura e lá que eles decidem o que compra e com qual dinheiro. E a gestora saiu porque ela respondia por tudo isso, sem ter acesso à informação. Quando eles não sabem como pagar e não tem mais de onde tirar o dinheiro, daí eles vem falar com a gente (CAP5).*

Sobre este assunto, o gestor de saúde do Caso 8 comenta:

*O município tinha 700 mil pra gastar até 31 de dezembro, comprou um ônibus de 620 mil. Eu acho assim que não foi uma coisa conversada e estudada. Se fosse eu, com a pandemia, eu queria ter comprado 3 ambulâncias, a decisão não leva em conta o funcionário. Agora temos um baita ônibus, uma estrutura muito bonita, mas fica parado a maior parte do tempo. Muitas das coisas tinham que ter a participação dos funcionários (GMS8).*

No caso 2, a coordenadora de Atenção Primária responde:

*Aqui nós temos a [nome da servidora] que cuida de toda licitação. Ela é exclusiva pra isso. Veio uma portaria, a gente lê, faz o plano de aplicação, ela assume e é a nossa ponte com a prefeitura. E é rápido. Às vezes nem tanto por causa das empresas, mas o que depende do funcionalismo, é muito rápido (CAPS2).*

Realidade semelhante é destacada no Caso 3:

*A licitação é rápida. Já pedalamos muito quando dependia do contador, mas depois que a [nome da servidora] começou a entender desse assunto, as coisas*

*ficaram muito mais rápidas. Tinha muito dinheiro guardado lá, e que ninguém tinha audácia para mexer. No começo eu lembro da [nome da servidora], ela tirava todos os relatórios e ela colocava tudo na mesa dela e ficava olhando, tentando entender (EPG3).*

No Caso 7 uma situação intermediária é identificada:

*Antes era mais centralizado em relação ao contador. Hoje, depois de reuniões na regional, tá tirando um pouco o protagonismo do contador e passando pra secretaria. Hoje a gente já vai ter alguém na secretaria uma pessoa para fazer uma relação das portarias e do que pode ser feito com cada recurso. A gente tá começando agora (CAP7).*

Já no Caso 4, a gestora responde:

*A coordenação de atenção primária não sabe quanto dinheiro tem para implementar o plano. Isso é comigo mesmo (GM4).*

E no caso 6:

*Demora. Demora muito, principalmente em casos de medicação. Eu não sei se tem uma formalidade maior, mas é bastante demorado (CAP6).*

No mesmo município, quanto ao orçamento, a coordenadora ressalta:

*Temos bastante recurso parado. Nós temos coisa desde 2012. Foi gasto muito recurso livre, e o vinculado acabou ficando. O que vai nos ajudar agora é essa portaria, por causa da COVID, que vai permitir usar esse recurso, que a gente pensa em fazer reforma das unidades, que estão em situação bem complicada. Porque esse recurso, a gente não entende mais do que ele é, se é investimento, custeio e de que área (CAP6).*

A gestão orçamentária é complexa e envolve regras que precisam ser compreendidas. Entender que um mesmo objeto com diferentes finalidades deverá ter seu custeio qualificado a partir de diferentes fontes orçamentárias é tarefa difícil. A partir da Portaria 3.992/2017, o financiamento e as transferências de recursos para ações e serviços de saúde obedecem a dois blocos: custeio e investimentos.

Desde então, os recursos para custeio são disponibilizados em uma única conta, sendo que no bloco de custeio existem as subfunções atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, gestão do SUS e vigilância em saúde. O gestor e sua equipe de planejamento e gestão devem compreender que a dipirona que é comprada para ser utilizada no hospital municipal é um gasto que deve ser financiado com recursos da média e alta complexidade, ao passo que a dipirona que

é administrada na UBS deve ser financiada com recursos da atenção básica. A mesma dipirona, se for entregue ao paciente, deverá constar com uma despesa da subfunção de assistência farmacêutica. Tais gastos devem respeitar as subfunções, e cabe a essas equipes a qualificação deles, para que sejam declarados adequadamente pelo setor contábil.

Assim, a profissionalização da gestão da saúde pública e a organização desses processos fará com que as secretarias de saúde tenham melhores informações para o aperfeiçoamento constante do orçamento e, conseqüentemente, da gestão.

Pinafo *et al.* (2020) reiteram a necessidade de se fomentar que gestores municipais ampliem suas forças política e social, através do fortalecimento de suas capacidades. A Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) reitera que o planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, compatibilizando necessidades de políticas de saúde com a disponibilidade de recursos, definidos em planos de saúde. Tal compatibilização exige o domínio das diversas fases do planejamento, e exigem capacidades administrativas que precisam ser desenvolvidas.

- **A Organização dos Setores Internos da Secretaria Municipal de Saúde e o Fluxo de Trabalho**

A princípio, a preocupação em solicitar o organograma era para que, ao aplicar o roteiro voltado para a Atenção Primária, houvesse a certeza de que a pesquisa havia padronizado o nível hierárquico que o respondesse.

Porém, no decorrer da elaboração da matriz, e a partir da fala dos experts que a avaliaram, foi recorrente o apontamento da necessidade de compreensão sobre a clareza dos profissionais quanto à estrutura hierárquica e processos de trabalho estabelecidos.

Nas entrevistas pôde-se verificar que não havia clareza, por parte dos profissionais entrevistados, dos objetivos da estrutura organizacional da qual faziam parte. Mesmo quando foram perguntadas as prioridades, se houvesse seis pessoas à mesa, haveria seis respostas diferentes, com alguns pontos em comum.

O planejamento estratégico enfatiza a importância da compreensão da missão, visão e valores, e do quanto a percepção de tais conceitos podem ser importantes em cada tomada de decisão.

Ao conversar com os profissionais das secretarias municipais desses

municípios de pequeno porte, a impressão é que nunca teria havido uma reflexão sobre tais questões. Mesmo entre os diversos setores internos, não havia compreensão clara de qual o papel de cada uma das áreas de atuação.

Ao perguntar sobre a definição de atribuições, também não se identificou profissionalismo na organização dos processos. Qual seria o papel do secretário municipal de saúde? A Atenção Primária em Saúde aparecia na estrutura organizacional da secretaria municipal? Essa estrutura estaria condizente com o protagonismo denotado à área? E a contabilidade, qual seria seu papel? Quais seriam os processos básicos necessários para viabilizar o funcionamento correto da área financeira da secretaria de saúde?

A importância desses processos fica clara quando se verifica as consequências da sua ausência. Um dos experts, apoiador de gestores municipais, explicita a situação de um município acompanhado por ele em que a equipe técnica da saúde é ótima, possui conhecimento acerca dos instrumentos de gestão do SUS, possui uma contadora muito boa, porém não tem retaguarda da prefeitura. As licitações estão paradas, a tesouraria é pouco eficiente e, atualmente, passam por circunstâncias delicadas advindas da falta de medicamentos básicos, embora haja recursos para isso nas contas.

Outra questão que precisa ser colocada é a dificuldade de comando decorrente da ausência de uma organização formal da estrutura do serviço. Todos mandam, ninguém obedece, ninguém responde pelo que não é feito. A fala da coordenadora de APS do Caso 5 retrata a realidade da ausência de comando:

*É difícil porque é uma panela e eu tenho caciques lá dentro, eu tenho caciques. Agora já diminuiu bem, só que eles vão fechando a panela, eles têm grupo de WhatsApp. E quando você toma uma decisão, eles fecham a cara pra você. Eles ficam três a quatro dias sem olhar na minha cara. Agora eu já aprendi, eu digo: pode fazer cara feia, porque depois vocês vão ter que pedir pra mim. E eu tenho tanta coisa, tão importante pra me preocupar, e tenho que lidar com isso (CAP5).*

No município com maior pontuação na matriz, este parece ser um problema resolvido. Ao solicitar o organograma, rapidamente ele é impresso e entregue. Falam sobre o papel do conselho, as reuniões gerenciais e os planos para implementar uma diretriz exclusiva de monitoramento e avaliação.

- **A Organização dos Processos para Implementação das Ações**

Depois de alguns anos apoiando equipes de saúde na construção de instrumentos de gestão, algo que sempre se evidenciava era que, mesmo os bons planos muitas vezes deixavam de ser implementados porque não eram definidos os sujeitos da ação. Mesmo quando o planejamento é participativo, e as ações vêm ao encontro das necessidades daquele município, não deixar claro quem são os responsáveis e definir prazos pode prejudicar todo o processo.

E há ainda aqueles que não compartilham o plano com as pessoas envolvidas – e determinantes – no atingimento das metas propostas. A construção de planos de trabalho ainda é um caminho pouco percorrido. Dos oito municípios da amostra, apenas um realizava atividades nessa área:

*Antes fazíamos uma reunião geral, todos juntos, e cada um ia dando sugestões de ações e metas. Mas eu notei que muitas coisas se perdem. Então como há vários anos que a gente tem essa sequência de trabalho, esse ano estamos fazendo diferente. O Plano Municipal de Saúde está sendo construído com todas as informações que foram para o Plano Plurianual, reuniões de equipe, reuniões de conselho. Após essa montagem, vão ser feitas reuniões técnicas por tema, pra ver se é isso mesmo que aquela equipe quer (EPG2).*

Cruz et al. (2014) reforça que, apesar de se constatar a realização de atividades de planejamento entre as equipes de atenção primária, “observa-se que não há uma correspondência substancial da presença de documentos que comprovem tais atividades”, e tampouco que correlacionem o planejamento com a avaliação.

Com o amadurecimento da cultura de planejamento e gestão, aparentemente alguns parâmetros propostos pela matriz aparecem naturalmente entre os componentes da equipe, como quando perguntados sobre a construção de planos de ação:

*Outra questão que nós estamos colocando dentro do nosso plano é a implantação de uma equipe de monitoramento e avaliação. A gente vê que não dá pra ficar sem essa equipe, hoje temos muitos indicadores a serem atingidos, tá difícil trabalhar, e na nossa concepção é essencial que tenha essa equipe prevista para isso. Hoje isso acontece nas reuniões gerenciais, mas fica muito aberto, e na hora do RAG nós não temos nada registrado. A intenção da equipe de monitoramento é ter esses documentos escritos (EPG2).*

Na observação dos resultados dos indicadores de desempenho da APS publicados em plataforma oficial, o Caso 2 foi o que apresentou o melhor desempenho. Quando questionados sobre o tema, relataram:

*No início achamos que seria fácil. Imagina, sete indicadores, sete? Isso vai ser muito simples..., mas nós temos um sistema próprio, e tivemos muita dificuldade pra lançar e migrar esse dado. No primeiro quadrimestre tivemos resultados que não foram tão ruins, mas também não agradou a equipe. Fizemos reuniões com a secretária, com o prefeito, com o responsável pelo IDS (software para gerenciamento de Secretarias Municipais de Saúde) e pelo E-SUS (Estratégia para Informatização da Atenção Básica) (EPG2).*

A coordenadora de APS complementa:

*A equipe não entendia por que ela fazia e porque não aparecia. O treinamento com a própria empresa foi muito bom. Ele explicou que era simplesmente o usuário vir, que (o exame da) a hemoglobina glicada era a cada três meses... isso também qualificou a assistência. Depois dessa capacitação a gente percebeu que precisava fazer diferente (CAP2).*

Porém, em outro município do grupo de bons resultados, a realidade atual é diferente. Perguntada sobre os indicadores de desempenho do Previner Brasil, a gestora municipal respondeu que conhece muito pouco. E ao questionar se esse assunto estava sendo gerenciado pela coordenadora de APS, responde:

*Não sei se ela conhece esses indicadores (GMS4).*

Dos quatro municípios com melhores resultados da amostra, o Caso 4 foi o que apresentou o pior desempenho, ao final do mesmo ano em que a entrevista foi realizada. Este dado chama atenção para a necessidade da solidificação de processos de gestão. Caso não haja a estruturação formal deles, com definição clara das atribuições, uma política de gestão e compartilhamento das informações, a simples troca de gestores pode comprometer toda a evolução anteriormente atingida.

Durante a entrevista, se notou a falta de entendimento sobre a importância do planejamento e da participação no processo de elaboração dos instrumentos de gestão, no Caso 6:

*Na verdade, essa pergunta acho que seria mais direcionada pra [nome da secretaria municipal de saúde] mesmo. É ela que tá responsável pelos instrumentos de gestão. A gente ainda não se envolveu. Desde o início a gente separou a atuação de nós duas, né? E ela ficou responsável pelos instrumentos (CAP6).*

#### 4.3.2.4 O monitoramento e avaliação dos resultados

Talvez a maior frustração – ou preocupação – durante o desenvolvimento da pesquisa tenha sido quanto ao monitoramento e avaliação dos resultados. Primeiramente, constatada a falta de valorização da cultura do planejar, e a ausência de utilização ou visitação aos instrumentos de planejamento, já era de se esperar que seria bem pouco provável que houvesse a formalidade pretendida quanto a esta etapa, com planos de ação devidamente escritos, assim como nomeados responsáveis, com prazos para a execução da tarefa, monitorados periodicamente.

O que se constata é que – mesmo que na informalidade – existe uma preocupação em definir as próximas ações, apesar da maioria delas não estar embasada em um diagnóstico de necessidades de saúde, mas sim em algum “incêndio” que venha incomodando gestores e equipes. O fato é que não há preocupação com a mensuração de resultados e não há compreensão quanto ao estabelecimento de metas. Equivocadamente, equipes de trabalho temem as consequências do não atingimento de metas e as traçam de maneira confortável, considerando os resultados que já são alcançados – na maioria das vezes sem qualquer esforço planejado.

Ou seja, nesta etapa, o que se percebe é a ausência de vínculo entre o diagnóstico realizado e os planos traçados. Ao serem definidas as ações, as equipes – por não se comprometerem com os instrumentos de gestão previamente construídos – não promovem a correlação necessária das ações, com o plano e as metas traçadas.

O que se vê são metas aleatoriamente traçadas, pensadas de forma a não se classificarem como um desafio, registradas em instrumentos que são vistos – na melhor das hipóteses – anualmente. A fala de uma gestora denota essa visão:

*Até que eu cheguei agora e falei pra eles assim: vocês têm um péssimo hábito, de pactuar 90 a 95% por cento. Nunca se pactua isso. Imagina se a população muda, adocece, falece... a gente sempre tem que pactuar mais baixo porque a gente bate aquela meta, e o que vier é lucro (CAP5).*

Conforme o Manual de Planejamento, Orçamento, Monitoramento e Avaliação

da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Distrito Federal, 2018), a meta é uma expressão numérica que representa o resultado futuro desejado, e deve ser alcançável, desafiadora, negociável e fundamentada em séries históricas ou referenciais.

Ao perguntar sobre os benefícios da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) para avaliar as ações, a maior parte dos municípios demonstra um entendimento raso sobre o exercício:

*É a primeira vez que a gente faz, e na verdade tá avaliando uma coisa que não tem a ver com a gente, né? Era da gestão anterior. O RAG já puxa as informações do SIOPS, né? Eu acredito que o que foi proposto foi atingido (GMS7).*

Apesar do relatório de gestão em questão tratar de decisões tomadas por outro gestor, pertencente a outro grupo político, o RAG é um instrumento de avaliação dos resultados municipais. Independentemente de quem tenha tomado as decisões, erros e acertos constatados pertencem à secretaria, e influenciam diretamente os resultados do município.

Sobre a avaliação, no ciclo de políticas públicas, Jannuzzi (2011) afirma que é o momento em que são confrontados os resultados esperados com os resultados alcançados. Olha-se para o plano inicial, faz-se correções no plano de ação, caso sejam necessárias, mas principalmente, verifica-se os efeitos obtidos para deduzir consequências indesejadas no futuro.

#### 4.4 A PROPOSIÇÃO DE PARÂMETROS ESSENCIAIS

##### 4.4.1 O que é Essencial

A primeira lição aprendida durante o percurso foi acerca da distância entre a compreensão experimentada por alguém a quem é possibilitado estudar e se dedicar à reflexão de um tema específico, como no caso o planejamento e gestão do SUS, da compreensão e relevância que é dada por alguém que se depara com a responsabilidade de planejar e gerir municípios pequenos, sem ter-lhe sido oportunizadas muitas considerações sobre o assunto. O próprio instrumento de pesquisa, a matriz de avaliação e julgamento pensada e validada por especialistas, não se mostrou acessível para a maior parte dos municípios pesquisados. Gestores e equipes, em alguns casos, não compreendiam os termos utilizados e a correlação

entre os processos de trabalho que – na concepção dos experts – deveriam ser o mínimo recomendável para o bom funcionamento de uma secretaria.

É claro que este fato não inviabiliza ou desmerece os primeiros critérios estabelecidos, que uma vez atingidos podem proporcionar um ótimo funcionamento e o alcance de bons resultados às secretarias. Porém, uma vez constatada essa distância, se faz necessário considerar que, ao se estabelecer parâmetros, seria importante começar pelo básico. Antes de se pensar em um nível ótimo precisa-se estabelecer o que é essencial. E quais seriam, dentre todos os fatores discutidos, aqueles imprescindíveis?

Há que se ressaltar que, mesmo reconhecendo as fragilidades dessas equipes de pequenos municípios, de nada contribuiria o estudo se apenas se detivesse a reforçar o que seria o mínimo possível, diante do que já se encontra na prática. É próprio do planejar a fidelidade ao objetivo, que aqui é a eficiência e a qualidade. Assim, o que seria essencial para que essas equipes atingissem melhores resultados? Quais os parâmetros dos quais não se poderia abrir mão, dada a realidade complexa posta a frente desses atores?

#### 4.4.1.1 A estrutura

Conforme apontam Ferreira *et al* (2021, p. 65), a dimensão de estrutura, à luz da Tríade de Donabedian, “avalia as condições existentes para a execução da assistência à saúde e compreende os recursos humanos, materiais e físicos, as normas, as rotinas e as instalações”. Para Donabedian (1980), a avaliação da estrutura permitiria avaliar se os recursos estão sendo empregados corretamente, a fim de possibilitar processos adequados e, assim, produzir os resultados esperados.

Brousselle *et al.* (2011, p. 46), ao abordarem os componentes da intervenção, sob o enfoque da avaliação em saúde, discorrem sobre as três dimensões da estrutura: Uma dimensão física, que se refere ao volume e estruturação dos recursos mobilizados (financeiros, humanos, imobiliários, técnicos, informacionais); uma dimensão organizacional, representada pelo conjunto de leis, regulamentos, convenções e regras da administração que “definem a repartição e o intercâmbio de recursos, ou seja, do dinheiro, poder, influência, e compromissos”. E por fim, uma dimensão simbólica, que são as crenças, representações e valores, que permite que os atores se relacionem entre si, e dá sentido às ações.

Estruturar os serviços é essencial para possibilitar a implementação de bons processos e, ao assumir a gestão de um pequeno município, o gestor deveria se dedicar ao tema. Construir o organograma da instituição, definir setores, a relação hierárquica existente entre eles, os profissionais que atuam em cada setor e suas respectivas atribuições. Minimamente, deveriam conter coordenadores técnicos para a atenção primária e vigilância em saúde, um apoiador da gestão que proporcione a participação dos coordenadores na equipe de planejamento, além de um setor que viabilize os processos licitatórios e de compras, forneça à equipe de planejamento informações sobre o orçamento disponível e facilite o relacionamento da secretaria com a prefeitura.

Fisicamente, o gestor deve estruturar a secretaria municipal de saúde com espaços para a gestão e coordenações. A sala do secretário municipal deve prever espaço para a realização de reuniões e, embora seja imprescindível o acesso da população ao gestor, ele não deve ocorrer livremente, como se uma porta ficasse permanentemente aberta para pedidos, reclamações e sugestões. A produtividade inerente ao cargo precisa de uma estrutura que lhe possibilite privacidade para planejar o dia.

Kantorski (2011), ao avaliar a ambiência num Centro de Atenção Psicossocial, relata:

A ambiência na arquitetura dos espaços da saúde vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, e considera as situações que são construídas. O conceito de ambiência segue três eixos: o espaço que visa à confortabilidade, foca a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando o ambiente (cor, cheiro, som, iluminação, dentre outros) e garantindo conforto aos usuários e trabalhadores; o espaço que possibilita a subjetividade; o espaço que favorece a otimização de recursos, o atendimento humanizado e acolhedor (KANTORSKI, 2011, p.2061).

Por último, Contandriopoulos *et al.* (1997, p.35) comentam sobre a apreciação da estrutura, afirmando que esse tipo de apreciação deveria responder a perguntas como: “O pessoal é competente? A organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade? Estes recursos são suficientes para oferecer o leque completo dos serviços prestados?”.

Tornar importante o debate sobre a estrutura é algo novo, mas extremamente necessário. A secretaria que não possui definições claras dos papéis de seus colaboradores, e não lhes proporciona espaço físico e estruturas organizativas que

lhes permitam desenvolver o trabalho e não dispõem de recursos suficientes para o enfrentamento dos problemas priorizados, não atingirão a qualidade.

#### 4.4.1.2 Os processos

Para definição de processos que se voltem aos resultados esperados, é necessário que o planejamento esteja pautado em um diagnóstico. Quanto à apreciação dos processos, Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 36) comentam que se trata de “saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados”. Perceber que essas equipes atualizam suas prioridades conforme o assunto que grita mais alto ao longo do dia, denota uma fragilidade que traz insegurança aos processos e torna tais secretarias improdutivas.

Então, a primeira proposição seria sobre a necessidade de um instrumento claro e simples que lhes permitisse avaliar a situação e definir os assuntos prioritários. Segundo Hartz (1997) a avaliação tem como um de seus quatro objetivos oficiais ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção.

O Manual de Planejamento no SUS (BRASIL, 2016) reforça, ao falar do Plano Municipal de Saúde, seu papel central para definição e implementação de todas as iniciativas da saúde, no município, para o período de quatro anos. Apontam os autores (BRASIL, 2016, p. 105) que “O Plano de Saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera”.

Da mesma forma, “o Plano de Saúde deve conter uma seção que apresente a incorporação das recomendações da Conferência de Saúde” (BRASIL, 2016, p.106).

Definidas as coordenações técnicas, cada coordenação deve realizar um diagnóstico da área, conforme programas existentes e indicadores de saúde. Segundo Falconi (2014, p. 36) o coordenador é responsável pelo domínio tecnológico em sua área. “Cada gerente deve enxergar sua área de atuação como uma empresa a parte. Ele deve, junto com seus subordinados, definir sua visão, sua estratégia e suas diretrizes”. Coordenar um setor da secretaria de saúde implica que sejam conhecidos os processos, as pessoas e as etapas envolvidas em cada um deles, e o que se pretende entregar como resultado para a sociedade.

Para Jannuzzi (2011), a fase de implementação de um programa ou projeto, envolve programação de atividades, provisionamento de recursos financeiros, alocação de recursos humanos, mobilização das pessoas, interlocução com atores estratégicos, garantindo a gestão das atividades e as correções necessárias.

Os instrumentos de planejamento do SUS preconizam que seja realizado um diagnóstico pautado nas demandas trazidas através das conferências de saúde, indicadores de saúde, plano de governo do atual prefeito, além de assuntos emergenciais de que a equipe tenha conhecimento. Esta seria a situação ideal, mas mais uma vez estamos falando em algo muito complexo para uma equipe minimamente estruturada de um município pequeno.

Conforme Silva *et al.* (2015, p. 190) apontam que os gestores municipais de saúde não expressam a “utilização viva” dos instrumentos de gestão, sendo que fazem referência sobre a sua elaboração, porém não os reconhecem como documentos norteadores da ação.

Propor um instrumento simples, que lhes permita analisar áreas prioritárias da secretaria, avaliando o desempenho de cada uma delas e possibilitando elencar aquelas que merecerão o maior esforço por parte da equipe de planejamento e gestão, pode auxiliar gestores e equipes a dar o ponto de partida inicial para a estruturação da secretaria. Nosso estudo propõe como modelo a Roda do SUS (Apêndice 8), ferramenta adaptada da Roda da Vida, criada nos anos 1960 pelo americano Paul J. Meyer, para identificar problemas e elencar prioridades. A ferramenta, amplamente utilizada para organização e planejamento pessoal, é pautada no conceito de que cada indivíduo possui diversas áreas de atuação em sua vida (saúde, família, estudos, trabalho, espiritualidade, lazer, finanças, contribuição social, etc.) e que revisá-las periodicamente possibilita a reorganização de esforços para aquelas áreas em que se sente menos satisfeito. Isso porque, segundo o autor, uma área que esteja prejudicada certamente impactará negativamente em todas as outras áreas.

Com a definição das intervenções prioritárias, que contempla a definição das responsabilidades e metas de cada ente federado na execução das ações e serviços na região de saúde, tem início a definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras (BRASIL, 2016, p. 99).

O benefício de se adaptar este instrumento, ou utilizar algum outro que também seja simples, é que por vezes o próprio processo de planejamento é tão complicado

que a equipe, já desestruturada, o vê como impossível. No caso da Roda da Vida, que aqui chamaremos de Roda do SUS, a facilidade trazida pelo instrumento é a sistematização de ideias. Segmentar a roda de acordo com os assuntos trazidos pela equipe de planejamento já oferece a contribuição de reforçar o planejamento ascendente. Avaliar cada um dos segmentos/áreas da secretaria municipal de saúde permitirá a reflexão sobre os resultados alcançados nas áreas elencadas e a proposição de áreas que precisam de maior foco.

Segundo Brousselle *et al.* (2011, p.78), a avaliação faz parte da prática da administração. Além de estar descrita entre as funções básicas da administração (planejamento, organização, direção, motivação e controle), o autor reforça que todas as funções da administração requerem avaliação, “no sentido de que precisam emitir julgamentos sobre atividades ou ações de tal forma que o trabalho seja realizado da melhor maneira possível”.

E uma vez elencadas as prioridades, deve-se voltar para a construção de um plano que sistematize a intervenção necessária nessas áreas de foco, e o estabelecimento de processos que lhe garantam o funcionamento.

Toda atividade humana organizada – desde fabricar vasos a levar um homem à Lua – dá origem a duas exigências fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem executadas e a coordenação dessas tarefas para a realização da atividade. A estrutura da organização pode ser definida simplesmente como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e, depois, como a coordenação é realizada entre essas tarefas (MINTZBERG, 2009, p.12).

Nada faz uma instituição mais improdutivo do que distribuir os esforços em um número de direções além do qual ela tem capacidade de atuar. E tão importante quanto definir as prioridades é torná-las públicas a todos os envolvidos. A equipe precisa estar em sintonia nos projetos, tendo clareza de quais são as áreas de foco. Dentro das áreas de foco, precisam ser muito bem definidos os projetos que serão prioritários, quais as próximas ações, os responsáveis e os prazos. Tais processos precisam conter o nome do responsável e o aprazamento da avaliação periódica de resultados a fim de garantir que sejam implementados, e que haja continuidade.

A aplicação da Roda do SUS – ou de outra ferramenta da escolha da equipe – deve ser periódica, com o objetivo de avaliar o progresso dos resultados em cada uma das áreas prioritárias. Cabe ao gestor municipal a estruturação e manutenção de uma

equipe mínima que colabore na organização e planejamento, mas tão importante quanto sua existência, é o papel do gestor como um apoiador e, preferencialmente, condutor desses processos.

Silva *et al.* (2015, p.187) comentam que, ainda que os gestores reconheçam a importância do planejamento para a organização dos serviços, “há inviabilidade dessa prática em decorrência de episódios tidos como ‘incêndios’, reforçando que as decisões de gestão muitas vezes são encaminhadas sem uma reflexão sobre as mesmas”.

Ao planejar e construir planos de ação, as equipes devem levar em conta aquilo que realmente veem como prioridade e, a partir daí construir projetos que tenham impacto em curto prazo. Equipes que planejam com base em diretrizes vagas e utópicas não encontram a clareza necessária para a organização do serviço. Ao pensar em objetivos de curto prazo (anuais ou aqueles para alcance em até quatro anos) se torna mais simples a tomada de decisão quanto às próximas ações que devem ser implementadas. Além disso, o planejamento deve sempre considerar os recursos disponíveis. Um plano construído sem o devido diagnóstico dos recursos financeiros e humanos disponíveis, estará fadado ao insucesso, por não ser realizável.

O CONASS (BRASIL, 2007b, p.87), ao falar sobre a Lei Orçamentária Anual (LOA), especifica que esta é composta por duas partes básicas. A primeira, constituída pela previsão das receitas que servirão para o custeio das despesas fixas, e a segunda, que deverá especificar tais despesas fixas e a forma como será executado o plano de governo.

Em Estudo Técnico sobre a Emenda Constitucional 95 (Estudo Técnico nº 26, 2016, p.25), realizado pela Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira (CONOF), os autores reforçam: “Na elaboração da LOA, a existência de um limite de despesas predefinido vai forçar escolhas e induzir maior planejamento”.

Portanto, a composição mínima dessas equipes de planejamento deve prever a participação das áreas técnicas e das pessoas responsáveis pela gestão dos recursos financeiros disponíveis no município.

Ao trabalharem juntos, esses profissionais entenderão as responsabilidades dos outros setores e poderão correlacionar com o seu próprio trabalho, compreendendo as limitações que a fragmentação de tais processos impõe à secretaria de saúde.

Jannuzzi (2011, p. 256) afirma que a implementação de programas por parte

de técnicos de alto escalão, que não incorporam a contribuição dos agentes envolvidos no trabalho, acabam por “desenhar processos e rotinas que desconsideram as distintas realidades de operação dos programas”.

Silva *et al.* (2015, p. 189), em um estudo sobre a importância do planejamento como prática da gestão, concluem que os gestores municipais de saúde têm percebido a complexidade da gestão e a necessidade de uma atuação técnica, “principalmente a partir da transferência de responsabilidade cada vez maior para a gestão no âmbito municipal”.

#### 4.4.1.3 Os resultados

A análise dos resultados deve prever a revisão dos processos, para a proposição de melhorias. Focalizar esforços em processos que apresentam resultados ruins para a sociedade é uma forma de tomar decisões baseadas em necessidades de saúde. Ao analisar o resultado, todas as pessoas envolvidas na cadeia que leva até ele devem participar dessa avaliação, apresentando o seu ponto de vista, falando sobre suas dificuldades. Envolver na avaliação os atores responsáveis pela implementação de intervenções, gera comprometimento por parte deles. A gestão deve ser fazer presente com o papel de articulação de todos os recursos disponíveis para que o processo seja aperfeiçoado, em busca de melhores resultados.

Segundo Hartz (1997), a avaliação fornece informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer, além de determinar os efeitos dessa intervenção a fim de decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida.

Para Souza *et al.* (2017), em revisão integrativa sobre estudos de avaliabilidade, afirma que a avaliação visa garantir tomadas de decisões informadas.

Que resultados devem ser avaliados? Aqueles que traduzem o desempenho das ações implementadas para as áreas prioritárias. Muitas vezes as equipes de saúde possuem tantos indicadores que se perdem no processo. Aqui novamente deveria se pensar no básico bem-feito. Poucos indicadores, confiáveis, que sejam claros e que realmente sejam monitorados com frequência, tornando públicos os compromissos quanto aos avanços previstos para cada ano da gestão.

Os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental) HARTZ (1997, p.34).

Conforme Contandriopoulos *et al.* (1997, p.36) “A apreciação dos resultados consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir”. Muitas vezes as equipes realizam as intervenções, implementam seus planos de ação, porém de forma desorganizada. As ações não são monitoradas, avaliadas, e os resultados que se esperam não estão claros para a equipe. Planejar deve ter como compromisso implícito que todos os envolvidos reconheçam o que se pretende atingir a partir do plano colocado em prática.

Igualmente importante é o compromisso com a periodicidade do monitoramento e avaliação. A avaliação deve permitir correções necessárias ao processo, e por isso precisa ocorrer em tempo oportuno. A secretaria de saúde de um pequeno município que compõe uma equipe de planejamento e cultiva a periodicidade de encontros dos envolvidos para a reflexão sobre os processos e resultados atingidos inicia uma cultura de planejamento que fortalece a instituição e permite que as intervenções sejam protegidas da rotatividade de profissionais e gestores, e que estejam em constante melhoria.

#### 4.4.1.4 Os parâmetros essenciais

Depois da aplicação e validação da matriz de avaliação e julgamento, e considerando os aprendizados advindos da experiência, fora construída uma nova ferramenta, apresentada no Quadro 10, que propõe parâmetros essenciais para o planejamento e organização da gestão da APS em municípios pequenos. Composta por 28 parâmetros, vistos como essenciais, distribuídos pelos contextos de estrutura, processos e resultados, a matriz prevê que a gestão municipal da secretaria de saúde se autoavaleie a partir do instrumento, quanto à existência ou não do item, corrigindo não conformidades, a fim de criar um ambiente propício à organização e ao

planejamento.

A matriz será enviada aos municípios que compuseram os casos do estudo, acompanhada de uma carta de agradecimento, com o convite aos mesmos de que realizem a tarefa de se autoavaliar.

**Quadro 10: Proposta de parâmetros essenciais para o planejamento e organização da gestão da atenção primária à saúde de municípios de pequeno porte, 2022.**

CONTEXTO	PARÂMETRO	Sim	Não
ESTRUTURA	O prédio da secretaria municipal de saúde possui sala para o gestor, com espaço para reuniões.		
	O prédio da secretaria municipal de saúde possui antessala à sala do gestor, com profissional que acolha e qualifique demandas para o gestor municipal.		
	A secretaria municipal de saúde possui organograma.		
	O organograma prevê coordenação de Atenção Primária em Saúde (APS).		
	O organograma prevê coordenação de Vigilância em Saúde (VS).		
	O organograma prevê coordenação Hospitalar (quando houver hospital municipal).		
	O organograma prevê coordenação para Gestão do Fundo Municipal de Saúde (FMS).		
	A secretaria municipal de saúde possui política de gestão de pessoas que prevê avaliação de desempenho dos profissionais.		
	A secretaria municipal de saúde possui equipe de planejamento (ainda que não exclusiva) que proporcione a participação dos coordenadores de todos os setores da secretaria municipal de saúde.		
	A secretaria municipal de saúde possui Regimento Interno.		
	O Regimento Interno define função e atribuições dos coordenadores de cada um dos setores (APS, VS, Hospitalar, FMS)		
	O Regimento Interno define programas da APS e respectivos responsáveis, conforme prioridades do município.		
	O Regimento Interno define programas da VS e respectivos responsáveis, conforme prioridades do município.		
	O setor de Gestão do FMS possui pessoal habilitado para a realização de análises dos recursos disponíveis, do orçamento necessário para viabilizar os programas e serviços ofertados pelo município, das despesas e organização do processo de compra.		
A equipe de planejamento possui instrumento para diagnóstico situacional e levantamento de necessidades de saúde. (Sugere-se a Roda do SUS)			
PROCESSOS	A equipe de planejamento elabora diagnóstico de saúde da APS e VS, conforme resultados de indicadores oficiais e próprios, elencando prioridades.		
	As prioridades da APS estão descritas em documento.		
	As prioridades de VS estão descritas em documento.		
	As prioridades de APS, VS e Atenção Hospitalar (quando houver hospital municipal) estão claras a todos os membros da equipe.		
	A equipe de planejamento elabora planos de ação para intervenções, conforme prioridades elencadas.		
	Os responsáveis pela gestão do FMS tornam públicos os dados financeiros para o gestor e equipe de planejamento.		

	O coordenador de APS tem acesso ao orçamento disponível e autonomia para alocar recursos conforme prioridades.		
	São realizadas reuniões mensais entre equipe de planejamento (gestor, APS, Vigilância em Saúde, Hospital, Gestão do FMS).		
	Os planos de ação detalham tarefas, responsáveis e prazos.		
<b>RESULTADOS</b>	A coordenação de atenção primária elabora relatórios periódicos de avaliação da área e os discute com demais integrantes da equipe de planejamento.		
	A coordenação de VS elabora relatórios periódicos de avaliação da área e os discute com demais integrantes da equipe de planejamento.		
	A coordenação de gestão do FMS elabora relatórios periódicos de avaliação da área e os discute com demais integrantes da equipe de planejamento.		
	O gestor municipal de saúde apresenta agenda para avaliação quadrimestral dos resultados de cada um dos setores da secretaria municipal de saúde.		

Elaboração própria

#### 4.4.2 O que é Recomendável

A construção de um mapa estratégico que traduza a missão, a visão e os valores da secretaria municipal de saúde pode fortalecer os processos organizativos. O mapa deveria conter as prioridades elencadas, a fim de tornar público o compromisso com os objetivos que foram selecionados. Ao tornar claros e públicos os objetivos, equipes identificam intenções comuns, passam a entender e refletir sobre suas práticas.

Rivera e Artmann (1999, p. 357), pontuam que talvez o maior mérito do planejamento estratégico tenha sido “trazer à tona a iminência do diálogo”, ao que chamam de planejamento comunicativo, um meio de construção de organizações dialógicas. Para os autores, um aspecto fundamental desse enfoque é “a busca da integração, da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente”.

Além disso, o desenvolvimento de uma política forte de gestão de pessoas também pode enriquecer todos os processos. Mais do que avaliar o desempenho, seria importante pensar processos formativos que apoiassem as pessoas no processo de atingimento dos resultados. Em uma instituição em que, na maioria das vezes, a seleção das lideranças e coordenações não se embasa em conhecimentos técnicos e habilidades necessárias, pensar em atributos importantes para os coordenadores e profissionais lotados em posições estratégicas, e lhes proporcionar oportunidades de desenvolver tais atributos fortalecerá a secretaria.

Pinto *et al.* (2016, p.110) defendem a importância de as organizações de saúde pública investirem na capacitação de suas lideranças, através da gestão de pessoas, para a redução de custos, eliminação do retrabalho e do desperdício, aumento da produtividade e da qualidade no atendimento, redução de falhas e minimização da variabilidade nos processos. Segundo os autores, para medir o desempenho de um profissional, devem ser avaliados vários fatores, dentre os quais destacam: “o cargo que a pessoa ocupa - se é condizente com as tarefas que realiza; os processos e as equipes de trabalho; a estrutura administrativa; a qualificação; a experiência; a natureza do trabalho”.

#### 4.4.3 O que faz a Diferença

O estudo identificou que municípios que atendem aos parâmetros aqui assinalados como essenciais, e que garantem continuidade deles ao longo dos anos e durante mudanças de gestão, são os municípios que apresentam os melhores resultados financeiros e de saúde. Implantar a cultura do planejamento e instituir os processos necessários para o bom andamento da secretaria proporciona a otimização dos recursos disponíveis e o atingimento de melhores resultados.

Para o CONASS (BRASIL, 2015) a utilização da informação na gestão da saúde é o que confere o diferencial na qualificação do processo decisório. O estudo demonstrou que, dentre os municípios observados, aqueles que possuíam uma equipe de planejamento e gestão que contava com profissionais capacitados para a função, que se utilizavam das informações que possuíam, foram os municípios que executavam seus planos e alcançavam resultados.

Mario Testa (1992), no seu Postulado de Coerência, de acordo com o qual os objetivos ou propósitos determinavam o método, que era como se referia à forma como as organizações se estruturavam para o alcance dos resultados, defendia também que objetivos, métodos e a organização estabelecem relações determinantes e condicionantes que precisam ser observadas. Em alguns casos a relação entre a organização e os objetivos estava ausente. Se os atores não conhecem os objetivos formais da instituição, é muito provável que suas ações não estarão em conformidade com eles.

Carlos Matus (1997) defendia que planejar se trata de atividade complexa que requer a articulação de três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e

governabilidade do sistema. A capacidade de governo diz respeito a capacidade técnica, manejo de métodos, habilidades e experiência do ator social (uma pessoa ou grupo que declara um problema e que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la).

Uma equipe técnica, capaz de planejar, monitorar e avaliar, faz a diferença. A escolha de um gestor municipal pautada em critérios técnicos é muito importante, assim como a escolha criteriosa dos coordenadores das diversas áreas da secretaria. Possuir uma equipe de planejamento – mesmo que não exclusiva, mas com tempo para se dedicar ao planejamento e gestão – qualifica a elaboração dos documentos de planejamento e os processos de trabalho. A participação efetiva desses profissionais é a responsável pela qualificação dos processos.

Para Brousselle *et al* (2011, p. 38) “a avaliação participativa possibilitou pensar a avaliação não somente como técnica, mas também como dispositivo de emancipação para todos os atores envolvidos: os especialistas, os cidadãos, os decisores, os grupos marginalizados”.

Jannuzzi (2011, p. 263), ao abordar a implementação de programas e projetos na administração pública, ressalta que é nesta fase que a política pública “começa a ser executada, em que os recursos alocados começam a se transformar em ações capazes de agir e mudar certa realidade”. O estudo demonstrou que, quando profissionais da prefeitura e da secretaria municipal de saúde estabelecem um bom relacionamento, de apoio e respeito mútuos, os resultados tendem a ser melhores. Conceder autonomia à equipe da secretaria de saúde para gerir seu orçamento direciona as decisões para mais perto de quem entende as necessidades de saúde. E, não por acaso, os municípios que alcançaram essa autonomia são aqueles que possuíam equipes de planejamento fortes.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar municípios quanto ao planejamento e gestão da Atenção Primária em Saúde permitiu uma maior proximidade com a realidade de tais municípios, e a primeira constatação foi de que a matriz de avaliação e julgamento construída e validada, não era aplicável a tal realidade.

O desafio de propor parâmetros essenciais para o planejamento e organização da gestão da saúde de municípios de pequeno porte é um ato de coragem, e a matriz que é proposta aqui não tem a pretensão de ser unânime. Certamente aparecerão outros parâmetros vistos como essenciais, observados de diferentes pontos de vista. A intenção é de lançar um convite à construção de propostas viáveis, e de permitir que tais propostas cheguem aos lugares mais remotos, às equipes menos estruturadas e aos profissionais que precisam de apoio para começar.

Um gestor comprometido com a organização da área de planejamento e gestão, um local adequado para planejar, um organograma, a definição de atribuições, a nomeação de coordenadores que se responsabilizem e a composição de uma equipe que, por mais que tenha muitas outras tarefas, entenda que planejar é essencial. Que eles tracem objetivos e que planejem juntos para que os objetivos sejam atingidos. Ter claros os objetivos é algo tão importante porque, a partir deles são feitas as pequenas escolhas do dia a dia.

Planejar, apesar de toda burocratização do processo, é algo orgânico e natural para qualquer projeto que se queira ter, bem-sucedido. Definir objetivos e harmonizar as decisões diárias com o alcance deles deveria ser uma cultura pessoal. Nas organizações, no entanto, sua ausência é perigosa e muito prejudicial. Organizações são complexas, envolvem diferentes atores e impactam na vida de muitas pessoas.

Aqui, propomos parâmetros para que secretarias de municípios pequenos se organizem e possam planejar. Acreditamos que sem esses parâmetros, propostos como essenciais, o planejamento não seja possível. E vimos, na prática, municípios que não tiveram o devido cuidado com tais aspectos aqui descritos, apresentando resultados financeiros e de saúde insatisfatórios.

Conforme pontuam Silva *et al.* (2017), a avaliação é extremamente relevante no planejamento e desenvolvimento das ações de saúde tanto nos níveis gerenciais como assistenciais, e é intrínseca ao processo de trabalho, como um todo.

Jannuzzi (2011) pontua que a avaliação de programas públicos no Brasil tem

sido realizada por equipes de centros de pesquisa e universidades, com experiência em análise de macropolíticas, porém sem experiência na implementação real dos programas. Nesses casos, segundo o autor, há rigor metodológico, contudo, é comum que se chegue a resultados já conhecidos pelo gestor do programa. Daí a importância das práticas avaliativas mais próximas daqueles que implementam as políticas.

Seria interessante que algum desses municípios aplicasse a autoavaliação quanto aos parâmetros propostos, e se propusesse a estruturar a secretaria e implantar tais processos, para que então, pudéssemos verificar se tais mudanças impactam nos seus resultados.

Há que se considerar que os altos gastos, já previsíveis nesse nível de atenção, são maiores em municípios de pequeno porte que, para garantir o funcionamento adequado dos serviços, precisam implementar uma estrutura mínima semelhante à de municípios maiores. E precisam se adaptar às mesmas regras e procedimentos que municípios maiores, sendo que estes últimos têm a possibilidade de contar com equipes específicas para se dedicar ao entendimento das regras, construção de instrumentos, implementação de ações, e estabelecimento de processos de monitoramento e avaliação.

A complexidade da gestão e o financiamento restrito, somados à demanda assistencial crescente e à fragilidade técnica de municípios pequenos, pode interferir significativamente na organização das ações e serviços, para o alcance dos resultados. Tal desafio exige que equipes municipais estejam preparadas para planejar a utilização dos recursos que possuem à disposição, a partir das suas necessidades de saúde.

A descentralização das ações voltadas ao planejamento e gestão em saúde permite que sejam pensadas soluções voltadas às reais necessidades, por ser conduzida por gestores próximos e que se apropriam das demandas de saúde. Porém, implementar soluções que venham ao encontro de tais demandas exige capacidade técnica, e esta preocupação não pode ser opcional.

O modelo de financiamento vigente para o custeio das ações na APS, ao condicionar o valor do repasse aos indicadores que mensuram o desempenho das equipes, impõe um peso crescente à organização dos processos de gestão.

Os parâmetros essenciais propostos aqui podem contribuir para a sistematização de ações permanentes, e importantes para o alcance qualidade na atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S M; CORDONI JUNIOR, L; CARVALHO, B G; GONZÁLEZ. A D; SILVA, A M R. **Bases da saúde coletiva**. 2 ed. Londrina: EDUEL, 2017

BARBOSA, S P; ELIZEU T S; PENNA C M M. **Ótica dos profissionais sobre o acesso à atenção primária à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8), p. 2347-2357, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde: PROJETO AGAP**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012**. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 57p, 2021. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Financiamento Público da Saúde**. Organização Panamericana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 124p, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: estrutura, princípios e como funciona**. Saúde de A a Z. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Publicado em 13/11/2019. Edição: 220. Seção: 1

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Manual de Indicadores SIOPS.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Fundação Oswaldo Cruz. 1ª Edição, revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Edição 239. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. **Boletim Economia da Saúde.** Volume 1, Nº1, 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.254, de 03 de setembro de 2021.** Altera do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.925 de 13 de novembro de 1998.** Diário Oficial da União, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2022.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/componentesfinanciamento/#capitacaoponderada>

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual de Planejamento, Orçamento, Monitoramento e Avaliação da SES-DF**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, nov. 2018.

BRAVEMAN, P; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of epidemiology and community health**. v. 57, n. 4, p. 254-258, 2003.

BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, P; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

BUSTOS, V; VILLARROEL, G; ARIZA, F; GUILLOU, M; PALACIOS, I; CORTEZ, L; CAÑIZARES, R; NUÑES, M; HUAMÁN, L. Análisis de la gestión de recursos humanos em los modelos de salud familiar, comunitaria intercultural de los países andinos. **An Fac Med**. p. 49-55. 2015.

CALVO, M C M; LACERDA, J T; COLUSSI, C F; SCHNEIDER, I J C, ROCHA, T A H. **Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde**. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(4), p. 767-776, 2016.

CAMPELLI, M G R; CALVO, C M C. **O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(7); p. 1613-1623, 2007.

CARVALHO, B G; NUNES, E F P A; CORDONI JUNIOR, L. **Gestão da Saúde em Pequenos Municípios: O caso do Norte do Paraná**. Londrina: Eduel, 2018.

CARNUT, L; MENDES, Á; LEITE M. **Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa**. Saúde em Debate, 44 (126): 902-918, 2020.

CONOF. **Estudo Técnico nº 26**. Novo Regime Fiscal – Emenda Constitucional 95/2016 Comentada. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2016/et26-2016-novo-regime-fiscal-emenda-constitucional-95-2016-comentada>. Acesso em: 11 jan. 2022.

CONTANDRIOPOULOS, A P; CHAMPAGNE, F; DENIS, JL; PINEAULT, R. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997, p.29-47. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. [livro eletrônico] Londrina: Eduel, 2013.

CONDONI JUNIOR, L; CARVALHO, B G; GIL, C R R. **Planejamento em Saúde**. In: ANDRADE, S M *et al.* Bases de Saúde Coletiva. 2 ed. rev. e ampl. Londrina: Eduel, 2017.

CORNEJO-OVALLE, M; BRIGNARDELLO-PETERSEN, R; PÉREZ, G. Pay-for-performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile. **Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral**. p. 60-66. 2015.

CRESWELL, J W. **Projeto de Pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, M M; SOUZA, R B C; TORRES, R M C; ABREU, D M F; REIS, A C; GONÇALVES, A L. **Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde as Família na Atenção Básica**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, p. 124-139, 2014.

CRUZ, W G N; BARROS, R D; SOUZA, L E P F. **Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019**. Ciência e Saúde Coletiva. 27(06), jun 2022.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. p, 77-125.

\_\_\_\_\_. **Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica**: Um texto introdutorio. Perspectivas em Salud Pública, 1992.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: dicionário da língua portuguesa. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

\_\_\_\_\_. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab. Med. 1990. P.1115-1118.

FERREIRA, J; GEREMIA, D S; GEREMIA, F; CELLUPI, I C; TOMBINI, L H T; SOUZA, J B. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian**. Av Enferm, 2021. p. 63-73. Disponível em: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n1.85939>. Acesso em: 15 nov. 2021.

FURTADO, J P; LAPIÈRE, H. **Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva**. Ciência e Saúde Coletiva, 2012. P. 695-705.

GIL, C R R; CORDONI JUNIOR, L; RADIGONDA, B; CARVALHO, B G; SAKAI, M H; PETRIS, A J. **A avaliação das práticas em saúde**. In: ANDRADE, S M *et al.* Bases de Saúde Coletiva. 2 ed. rev. e ampl. Londrina: Eduel, 2017.

HANSON, K; BRIKCI, N; ERLANGGA, D; ALEBACHEW, A; DE ALLEGRI, M; BALABANOVA, D; BLECHER, M; CASHIN, C; ESPERATO, A; HIPGRAVE, D; KALISA, I; KUROWSKI, C; MENG, Q; MORGAN, D; MTEI, G; NOLTE, E; ONOKA, C; POWELL-JACKSON, T; ROLAND, M; SADANANDAN, R; STENBERG, K; VEGA MORALES, J; WANG, H; WURIE, H. **The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre**. The Lancet, p.715-772, 2022.

HARTZ, Z M A. org. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z M A; CAMACHO L A B. **Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1996;

HARZHEIM, E; D'ÁVILA, O P, RIBEIRO, D C, RAMOS, L G; SILVA L E, SANTOS, C M J; COSTA, L G M; CUNHA, C R H; PEDEBOS, L A. **Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4): 1361-1374, 2020.

HARZHEIM, E; SANTOS, C M J; D'ÁVILA, O P; WOLLMANN, L; PINTO L F. **Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019**: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020. 15(42):2354.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. IBGE, Coordenação de Geografia, Rio de Janeiro: 2017.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estado, Instituições e Democracia: república**. Brasília: IPEA, 2010.

JANNUZZI, P M. **Avaliação de programas sociais no Brasil**: repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas. Planejamento e políticas públicas, v.36, p.251-275: IPEA, 2011.

KANTORSKI, L P, *et al.* **Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial**. Ciênc. Saúde coletiva, Abr 2011. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400005>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LAPÃO, L V; DUSSAULT G. **Formação em gestão para apoio à reforma da atenção primária à saúde em Portugal e países africanos lusófonos**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 2020.

LEONE, C; DUSSAULT, G; LAPÃO, L. **Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal**. Cadernos de Saúde Pública, 2014. p. 149-160.

MASCARENHAS, C G; RIBAS, L M. **Materializando diálogos institucionais na judicialização da saúde pública – propostas de convenções processuais coletivas, LINDB e transparência**. Revista de Investigações Constitucionais. 7 (1), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/rinc.v7i1.67088>. Acesso em 06 jun 2022.

MASSUDA, A. **Atenção Primária em Saúde: financiamento é prioridade global e urgência nacional**. Jota, 05/04/2022. Saúde. Coluna do Massuda. <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-adriano-massuda/atencao-primaria-em-saude-financiamento-e-prioridade-global-e-urgencia-nacional-05042022>

MATUS, C. **Los 3 cinturones del gobierno**: gestión, organización e reforma. Caracas: Fundación ALTADIR, 1997.

MELO, C.; TANAKA, O. Y. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 36. n. 2. p. 195 a 211, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6436>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEIRELLES, H L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MEYER, P J. **Industry pioneer**. Disponível em: <http://pauljmeyer.com/the-legacy/industry-pioneer/>. Acesso em: 08 de março de 2022.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**: a synthesis of the research. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estrutura em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

NUNES, A. **A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS**: a receita própria no município como variável moderadora. Ministério da Saúde: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Consultoria (Contrato N°130/2003). Departamento de Economia da Saúde, 2004.

PAIXÃO, G S. Direito à boa administração: O controle e o aperfeiçoamento da gestão pública como desdobramentos dos princípios democráticos e dos direitos fundamentais. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ANÁLISE CRÍTICA DO DIREITO. IX, 2019, Paraná. **Anais Responsabilidade do Estado**. 1 ed. Paraná: UENP, 2019.

PINAFO, E; NUNES, E F P A; CARVALHO, B G; MENDONÇA, F F; DOMINGOS, C M; SILVA, C R. **Problemas e estratégias de gestão do SUS**: a vulnerabilidade de municípios de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5): 2020. p. 1619-1628.

PINHEIRO, M E C; JESUS, L M M. **Apoio institucional como diretriz de gestão da 7ª Diretoria Nacional de Saúde**. Bahia: Interface, 2014.

PINTO *et al*. **Gestão de pessoas e planejamento estratégico em hospitais do sul de Minas Gerais**: uma análise de indicadores. Contextus: Revista Contemporânea de Economia e Gestão, 2016. p.107-134.

PIRES, D E P; VANDRESEN, L; FORTE, E C N; MACHADO, R R; MELO, T A P. **Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores.** Rev. Gaúcha de Enfermagem. 2019.

REIS, J G; HARZHEIM E; NACHIF M C A; FREITAS J C; D'ÁVILLA O; HAUSER L; MARTINS C; PEDEBOS L A; PINTO L F. **Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS.** Ciência & Saúde Coletiva 24 (9). 2019. p. 3457-3462.

RIVERA, F J U; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo.** Ciência & Saúde Coletiva, 1999. p. 355-365.

RUIZ-RODRIGUES, M; ACOSTA-RAMÍREZ, N; RODRIGUEZ, V L; URIBE, L; LEÓN-FRANCO, M. **Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria.** Revista de Salud Pública, 2011. p.885-896.

ROMANO, J; CHOI, Á. **Medida de la eficiencia de la atención primaria em Barcelona incorporando indicadores de calidad.** Gac Sanit, 2016. p. 359-365.

SAMICO, I; FELISBERTO E; FIGUEIRÓ A C; FRIAS P G. **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada.** 3. ed. Campinas: SP: Saberes Editora, 2012.

SANTOS-NETO, J A; MENDES, A N; PEREIRA, A C; PARANHOS, L R. **Avaliação da eficiência técnica em saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Banderiandos do estado de São Paulo.** Ciência & Saúde Coletiva, 2019. p. 3793-3803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.32232017>. Acesso em: 18 nov. 2021.

SILVA, C R *et al.* **Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2018. p. 382-391.

SHIMIZU, H; MARTINS, T. **O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2014. p.1077-1087.

SOUZA, E C; GUIMARÃES J M X; SILVA, M R F. **Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa.** SANARE, Sobral, V.16, n.02, p. 85-92, Jul/Dez, 2017.

TANAKA, Oswaldo Y; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TESTA, M. **Pensar em saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

TURRINI, R N T; LEBRÃO M L; CESAR C L G. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

YAMADA, J N. **Economias de escala e eficiência de gastos na saúde: novas evidências**. FGV Repositório Digital. 2011. 67f.

YIN, R K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 – A primeira versão da Matriz de Avaliação e Julgamento (MAJ)

Dimensão de Análise	Critério	Atributo	Peso do Atributo	Peso Sugerido pelo Juiz	Fonte de Informação	Observação
Estrutura	Planejamento e Gestão	<p>- possui pessoal exclusivo , porém sem qualificação específica para o trabalho.</p> <p>- possui pessoal exclusivo e qualificado para o trabalho, em número insuficiente para o porte do município.</p> <p>-possui pessoal exclusivo e qualificado para o trabalho, em número suficiente, de acordo com o porte do município.</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>		Observação Informantes chave	

Processo	Coordenação Técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- o coordenador de Atenção Primária em Saúde não participa da elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão;</li> <li>- o coordenador de Atenção Primária em Saúde participa da elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão;</li> <li>- o coordenador de Vigilância em Saúde não participa da elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão;</li> <li>- o coordenador de Vigilância em Saúde participa da elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão;</li> </ul>	0		Observação Informantes chave	
Estrutura	Organização Contábil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possui técnico em contabilidade, técnico administrativo exclusivo para as finanças da saúde;</li> <li>- Possui contador com destinação de carga horária exclusiva para a secretaria de saúde;</li> <li>- Possui contador exclusivo para a secretaria de saúde;</li> </ul>	1		Observação	

Processo	Ordenação das Despesas	- Não qualifica as despesas por subfunção/área;	0		SIOPS Observação Análise documental	
		- Qualifica parcialmente as despesas por subfunção/área;	1			
		- Qualifica as despesas por subfunção/área;	2			
		- Ordena as despesas de acordo com o planejamento realizado através dos instrumentos de gestão (PMS e PAS);	2			
		- Constrói a PAS com antecedência (antes do início do ano de execução do orçamentos)	2		Resolução do CMS para aprovação da PAS	
		- A PAS 2020 foi elaborada e aprovada em 2020	3		SIOPS	
		- Declara valores em todas as subfunções?				

Processo	Organização do Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formula e define objetivos claros, por área, a toda equipe de trabalho;</li> <li>- Constrói planos de trabalho, conforme indicadores de desempenho;</li> <li>- Apraza e determina nominalmente os responsáveis pelas ações;</li> <li>- Divide e supervisiona o trabalho, condenando esforços;</li> <li>- Aloca recursos, garantindo viabilidade para a realização das ações;</li> </ul>	3 3 3 3 2		Observação Análise Documental	
Estrutura	Regulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possui estrutura regulatória em seu território, que garante a APS como coordenadora do cuidado;</li> <li>- Possui protocolos regulatórios para organizar acesso à atenção secundária;</li> </ul>	2  1 ponto por Linha de Cuidado implantada			
Processo		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regula 100% dos casos encaminhados ao serviço especializado;</li> </ul>	1 ponto por Linha de Cuidado implantada			
Processo	Educação Permanente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza capacitações sobre o planejamento e gestão em seu território;</li> </ul>	2			

Processo	Governança	Participa das mesas de discussão regionais, para pactuação e implementação de políticas públicas;	3		Registro de participação na CIR	
		- Repassa às equipes técnicas as decisões tomadas em mesas de discussão;	3		Observação Informante Chave	

Caso queira sugerir outros atributos que julga importantes na avaliação da organização do município quanto ao planejamento e gestão, fique à vontade para contribuir:

**APÊNDICE 2**  
Carta ao grupo de experts

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPERCUSSÕES DA NOVA  
POLÍTICA DE FINANCIAMENTO NA OFERTA E ORGANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS EM DIFERENTES CONTEXTOS MUNICIPAIS DE  
PLANEJAMENTO E GESTÃO

## PREZADO(A) SENHOR (A)

O programa de pós-graduação stricto sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, através do grupo de pesquisa GESTSUS(1), tem se empenhado em entender e colaborar para o fortalecimento da atenção primária e aprimoramento da gestão do SUS.

Por meio do presente trabalho, sob orientação da Prof. Dra. Brígida Gimenez Carvalho(2), propomos a criação de uma matriz que avalia a estrutura e organização do processo de trabalho das equipes de planejamento e gestão de municípios com diferentes características (relacionadas à demografia, gestão e autonomia financeira) situados na macrorregião Norte do Estado do Paraná.

A proposta é que a matriz atribua pesos aos atributos que serão avaliados, a fim de classificar tais municípios como mais ou menos estruturados quanto à gestão, informação que posteriormente será utilizada para correlacionar tal classificação aos resultados em saúde obtidos pelos municípios, analisando seu desempenho.

O documento traz algumas informações sobre a região, para que possam ser observadas as diferenças entre os municípios que a compõem e, ao final, apresenta uma proposta de matriz, para a qual gostaríamos de contar com a sua colaboração, uma vez que seu nome foi identificado para compor um grupo de experts para a validação do instrumento.

Fique a vontade para propor novos critérios, e dar sua opinião escrita ou, caso prefira, podemos marcar um horário (online) para que possa me passar suas impressões e sugestões.

Desde já agradecemos sua participação e a decisão de compartilhar sua experiência.

Atenciosamente,

Karen Patricia Wilke Ferreira Rocha(3)

1 GESTSUS - Grupo de Pesquisa ligado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, que tem como objeto de pesquisa a gestão do SUS e como a mesma se processa nos municípios, especialmente os de pequeno porte.

2 Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

3 Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Mestranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina. karenferreira@sesa.pr.gov.br (43) 996130570

# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REPERCUSSÕES DA NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO NA OFERTA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS EM DIFERENTES CONTEXTOS MUNICIPAIS DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

## PERGUNTA DE PESQUISA:

O impacto da nova política de financiamento na organização e oferta de serviços da APS será diferente naqueles municípios cujos processos de gestão são mais estruturados?

## PRESSUPOSTOS:

A nova política de financiamento da APS produzirá repercussões na organização de ações e serviços pelos municípios.

Municípios com melhor estrutura de planejamento e gestão obtêm melhores resultados, com a utilização dos recursos financeiros disponíveis para a APS.

## OBJETIVO GERAL:

Analisar as repercussões da nova política de financiamento para a organização da Atenção Primária em Saúde, em diferentes contextos municipais de planejamento e gestão.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1.

Caracterizar os municípios da macro-região Norte, a partir da tipologia do IBGE, dados demográficos, de gestão e autonomia financeira.

2.

Elaborar e validar matriz de avaliação da estrutura municipal de planejamento e gestão da atenção primária à saúde.

3.

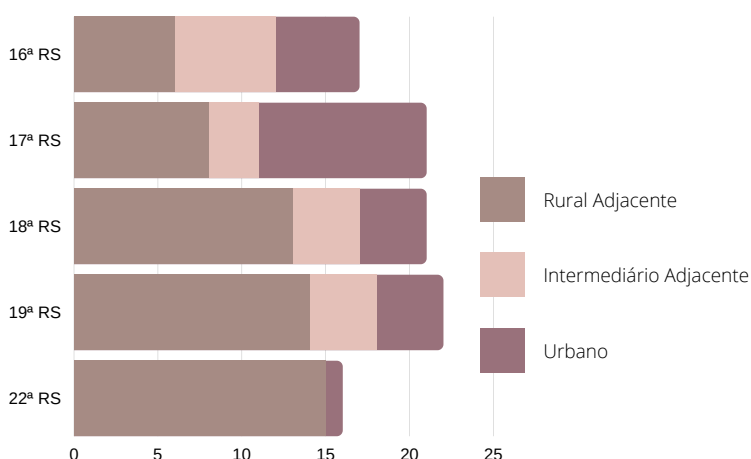
Caracterizar os municípios da amostra, de acordo com a estrutura e processos de planejamento e gestão municipais, como mais ou menos estruturados.

4.

Comparar os indicadores de desempenho da APS alcançados nos dois grupos de municípios.

## CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS:

### TIPOLOGIA DOS MUNICÍPIOS, POR REGIONAL DE SAÚDE



Os municípios da macrorregião norte estão classificados dentre 3 das 5 tipologias do IBGE, sendo necessário ressaltar que as regiões de saúde apresentam conformações diferentes entre si.

A análise detalhada dos casos demonstra que mesmo entre municípios de uma mesma tipologia existem realidades muito diferentes quanto ao processo de organização e complexidade da gestão (Londrina e Ivaiporã, por exemplo, ambos urbanos).

A fim de detalhar essa classificação, optou-se por observar informações relacionadas à gestão, demografia e autonomia financeira.

Tais informações foram categorizadas em faixas, para permitir maior comparabilidade e favorecer a análise.

**Tabela 1: Distribuição de frequência dos municípios da Macrorregião Norte do Paraná conforme classificação quanto ao número de habitantes**

Nº Habitantes	F <sub>a</sub>	F <sub>p</sub>	% Acumulado
< 3.000	8	8,2	8,2
3001 - 5000	22	22,7	30,9
5001 - 10000	24	24,7	55,7
10001 - 20000	26	26,8	82,5
20001 - 50000	11	11,3	93,8
50001 - 100000	2	2,1	95,9
100001 - 500000	3	3,1	99,0
500001 - 900000	1	1,0	100,0
Total	97	100,0	

Fonte: TCU: Estimativa IBGE 2019

**Tabela 3: Distribuição de frequência do percentual de despesas com pessoal e encargos nos municípios da Macrorregião Norte do Paraná no ano de 2019**

% Despesas com Pessoal	F <sub>a</sub>	F <sub>p</sub>	% Acumulado
27 - 31	2	2,1	2,1
32 - 36	7	7,2	9,3
37 - 41	16	16,5	25,8
42 - 46	21	21,6	47,4
47 - 51	21	21,6	69,1
52 - 56	18	18,6	87,6
57 - 61	2	2,1	89,7
62 - 66	8	8,2	97,9
67 - 71	2	2,1	100,0
Total	97	100,0	

Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde 2019

**Tabela 5: Distribuição de frequência de despesas per capita com saúde, provenientes de recursos próprios, nos municípios da Macrorregião Norte do Paraná no ano de 2019**

Despesa per capita	F <sub>a</sub>	F <sub>p</sub>	% Acumulado
229 - 373	11	11,3	11,3
374 - 518	25	25,8	37,1
519 - 663	24	24,7	61,9
664 - 808	14	14,4	76,3
809 - 953	9	9,3	85,6
954 - 1098	7	7,2	92,8
1099 - 1243	3	3,1	95,9
1244 - 1388	1	1,0	96,9
1534 - 1678	3	3,1	100,0
Total	97	100,0	

Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde 2019

**Tabela 2: Distribuição de frequência do percentual de transferências intergovernamentais sobre receita total do município nos municípios da macrorregião Norte do Paraná**

% Transferências Intergovernamentais	F <sub>a</sub>	F <sub>p</sub>	% Acumulado
40 - 47	1	1,0	1,0
56 - 63	2	2,1	3,1
64 - 71	6	6,2	9,3
72 - 79	19	19,6	28,9
80 - 87	28	28,9	57,7
88 - 95	40	41,2	99,0
96 - 100	1	1,0	100,0
Total	97	100,0	

**Transferências Intergovernamentais:**  
Receitas de transferências constitucionais e legais, tais como FPM, Cota parte dos impostos ITR, IPVA, ICMS

**Receita Própria:**  
Impostos: IPTU, ITR, ISS, IR, Taxas

Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde 2019

**Tabela 4: Distribuição de frequência de despesas totais per capita com saúde nos municípios da Macrorregião Norte do Paraná no ano de 2019**

Despesas Totais per capita (em reais)	F <sub>a</sub>	F <sub>p</sub>	% Acumulado
284 - 482	1	1,0	1,0
483 - 681	10	10,3	11,3
682 - 880	28	28,9	40,2
881 - 1079	24	24,7	64,9
1080 - 1278	14	14,4	79,4
1279 - 1477	9	9,3	88,7
1478 - 1676	4	4,1	92,8
1677 - 1875	5	5,2	97,9
2075 - 2273	2	2,1	100,0
Total	97	100,0	

Fonte: Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde 2019

## ORIENTAÇÕES PARA O EXERCÍCIO:

De posse de tais informações, pede-se que avalie a matriz proposta, informando na coluna PESO SUGERIDO PELO JUIZ qual o valor designado ao atributo.

Os atributos foram levantados com base na experiência da pesquisadora, sendo que os atores do grupo podem entender que algum deles não devesse ser considerado, ou que poderiam ser incluídos outros.

Sinta-se à vontade para sugerir.

Depois de avaliado, pede-se que o documento seja enviado escaneado, juntamente com o Termo de Consentimento, com a assinatura do participante, por e-mail ou WhastApp.

APÊNDICE 3 – A segunda versão da Matriz de Avaliação e Julgamento, aplicada aos municípios/casos

ÁREA	CONTEXTO	ATRIBUTO	SCORE	PARÂMETRO	MÉTODO DE AVALIAÇÃO
Planejamento e Gestão	Gestor Municipal (17 pontos)	O gestor municipal apresenta experiência prática em gestão pública em saúde (como gestor ou compondo a equipe de planejamento municipal)		0: experiência em 1 município durante um mandato 1: experiência em 1 município por mais de um mandato 2: experiência em 2 municípios 3: experiência em 2 municípios ou mais, com três ou mais mandatos	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1
		O gestor municipal demonstra entendimento sobre os benefícios que o Plano Plurianual (PPA) pode trazer para o município		0: demonstra pouco conhecimento sobre o PPA 1: demonstra saber do que se trata o PPA 2: demonstra conhecer o documento 3: demonstra conhecer o PPA e a importância dele para a secretaria de saúde	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1
		O gestor municipal de saúde articula para que programa de trabalho da saúde esteja expresso nas diretrizes do PPA		0: o gestor não demonstra entendimento que o programa de trabalho deve ser previsto no PPA 1: o PPA faz menção à saúde, porém não contempla corretamente o programa de trabalho da saúde 2: o PPA contempla parcialmente o programa de trabalho da saúde 3: garantiu que o PPA contemple o programa de trabalho da saúde	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1 Análise Documental (PPA do Município), conforme Formulário 3
		O gestor municipal de saúde demonstra conhecimento das diretrizes do Plano Municipal de Saúde e relaciona com as prioridades de gestão		0: desconhece as diretrizes 1: conhece e cita alguma diretriz do plano 2: conhece e cita das diretrizes do plano 3: demonstra conhecer as diretrizes do plano e correlaciona com as prioridades elencadas pela gestão	Entrevista com o gestor, conforme Formulário Complementar 1 Análise Documental (PMS), conforme Formulário 3
		O gestor municipal de saúde demonstra tomar decisões fundamentadas em critérios técnicos		0: não foi uma decisão técnica/desconhece o recurso 1: informalmente foram consideradas critérios técnicos 2: implementação de medidas claramente fundamentadas em critérios técnicos	Exemplo Citado: Ações implementadas a partir do recebimento dos recursos da Portaria 731, de 16 de abril de 2021, e conexão com os instrumentos de gestão, com planejamento prévio.
		O gestor municipal de saúde realiza reuniões técnicas com as coordenações e com a equipe técnica		0: não realiza 1: participa, apoiando reuniões conduzidas pelas coordenações técnicas 2: realiza, sempre que enfrenta problemas ou conflitos 3: realiza periodicamente, alinhando objetivos com a equipe, definindo ações, tarefas, responsáveis e prazos	Entrevista com o gestor Formulário 1 Entrevista com a coordenação da APS Formulário 2

APÊNDICE 3 – A segunda versão da Matriz de Avaliação e Julgamento, aplicada aos municípios/casos

	Instrumento de Gestão (12 pontos)	As prioridades do município estão expressas no Plano Municipal de Saúde, através de diretrizes, objetivos e metas		0: as diretrizes contidas no PMS não condizem com as prioridades 1: o PMS prevê parcialmente as prioridades da saúde 2: o PMS prevê as prioridades/programa de trabalho	Entrevista com o Gestor: 3 prioridades da gestão Solicitar que fale sobre as diretrizes que tratam delas
		As políticas prioritárias da saúde, expressas nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde, foram consideradas na construção do Plano Plurianual		0: não estabeleceu prioridades para a gestão 1: estabeleceu prioridades para a gestão, mas não foram previstas no PPA 2: estabeleceu prioridades para a gestão e as mesmas foram consideradas na construção do PPA	Formulário 1 Análise documental Formulário 3
		A LDO estabelece critérios para elaboração e execução do orçamento público e é compatível com o PPA		0: não estabelece claramente as diretrizes e metas 1: estabelece parcialmente 2: apresenta metas fiscais (receitas e despesas) e prioridades da gestão, incluindo despesas de capital para o exercício financeiro subsequente	Análise documental  Formulário 3
		A LOA estima as receitas e fixa as despesas e está compatível com a LDO e objetivos e metas do PPA		0: não atende 1: atende parcialmente 2: atende totalmente	Análise documental Formulário 3
		O Relatório Anual de Gestão deixa claro o que foi e o que deixou de ser realizado do Plano Original		0: não analisa 1: analisa parcialmente 2: analisa totalmente e emite considerações	Análise documental Formulário 3
		O município constrói PAS com antecedência, planejando ações e orçamento, de acordo com as diretrizes da LOA		0: não constrói com antecedência 1: constrói, porém em desacordo com o orçamento e diretrizes 2: constrói, de acordo com as diretrizes de saúde e diretrizes orçamentárias	Formulário 3
	Equipe de Planejamento e Gestão (9 pontos)	A equipe de planejamento e gestão conta com a participação de técnicos de todos os setores estratégicos		0: composta por secretário e assessor da gestão 1: composta por secretário, assessor da gestão, de vigilância em saúde ou atenção primária em saúde 2: composta por secretário, assessor da gestão, atenção primária e vigilância em saúde 3: composta por secretário, assessor da gestão, vigilância em saúde, atenção primária e contabilidade	Entrevista com o gestor Formulário 1  Análise documental Formulário 3
		A coordenação de atenção primária em saúde tem conhecimento do montante de recursos disponível no orçamento para o desenvolvimento das ações previstas para sua pasta		0: a coordenação desconhece o orçamento 1: diz ter acesso, mas não demonstra conhecimento 2: a coordenação demonstra pleno conhecimento dos recursos disponíveis no orçamento	Entrevista com informante chave, conforme Formulário 2 Análise documental PAS Formulário 3
		A coordenação de atenção primária reconhece formalmente as metas que devem ser atingidas a partir do orçamento (presentes no PMS e PAS)		0: não reconhece 1: conhece parcialmente 2: conhece totalmente	Entrevista com informante chave, conforme Formulário 2 Análise documental PMS e PAS Formulário 3
		O município demonstra agilidade nos processos licitatórios da área da saúde		0: não 1: parcialmente	Entrevista com o gestor Formulário 1

APÊNDICE 3 – A segunda versão da Matriz de Avaliação e Julgamento, aplicada aos municípios/casos

				2: sim	
Organização do Trabalho	Processos Organizacionais (12 pontos)	Possui organograma da secretaria municipal de saúde		0: não 1: informalmente 2: sim	Entrevista com o gestor Formulário 1  Análise documental Formulário 4
		Existe definição formal da missão, visão e valores da secretaria municipal de saúde		0: não 1: sim	Análise documental Formulário 4
		Define claramente o papel da Atenção Primária em Saúde na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde		0: não 1: sim	Entrevista com o gestor Formulário 1  Análise documental Formulário 4
		Possui Regimento Interno, que defina as atribuições da Atenção Primária em Saúde		0: não 1: sim	Análise documental Formulário 4
		As ações e metas previstas na PAS e PMS voltadas para a Atenção Materno-Infantil são de conhecimento das pessoas envolvidas no atingimento da meta, de diferentes níveis hierárquicos		0: não 1: sim	Análise Documental Formulário 2
		Constrói Planos de Trabalho para atingimento das metas previstas na Linha de Cuidado Materno-Infantil		0: não constrói 1: constrói planos de trabalho 2: constrói e define os responsáveis e prazos	Entrevista com informante chave Formulário 2
		Apraza e determina nominalmente os responsáveis pelas ações necessárias para o atingimento das metas		0: não apraza 1: apraza ou define responsáveis 2: apraza e define responsáveis	Entrevista com o gestor Entrevista com informante chave
		Monitora periodicamente o cumprimento das metas relacionadas à Atenção Materno-Infantil presentes no Plano Municipal de Saúde		0: não monitora 1: monitora parcialmente 2: monitoram os resultados alcançados e responsável pelo monitoramento	Análise documental das metas presentes no plano % de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal % gestantes com exames de sífilis realizados
Implementação do Programa de Trabalho	Linha de Cuidado Materno-Infantil (6 pontos)	A Linha de Cuidado Materno-Infantil está prevista no Plano Municipal de Saúde, PPA e LDO		0: não há previsão 1: é mencionada no PMS 2: é uma política prevista no PMS e PPA 3: está claramente prevista no PMS, PPA e LDO	Formulário 3
		Apresenta resultados satisfatórios para as metas estabelecidas para a Linha de Cuidado Materno-Infantil		0: % de metas atingidas 1: até 50% das metas atingidas 2: até 75% das metas atingidas 3: mais que 75% das metas atingidas	RAG PMS Formulário 3

APÊNDICE 3 – A segunda versão da Matriz de Avaliação e Julgamento, aplicada aos municípios/casos

Governança	Processo Decisório (6 pontos)	O gestor municipal de saúde participa das discussões para implementação da Linha de Cuidado materno-infantil		0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1
		As equipes técnicas participam das decisões para implementação da Linha de Cuidado Materno-Infantil, através de Câmaras Técnicas		0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1
		O Conselho Municipal de Saúde participa das decisões pactuadas em CIR		0: não participa 1: participa esporadicamente 2: participa integralmente	Entrevista com o Gestor Formulário 1

APÊNDICE 4 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao gestor

ENTREVISTA COM O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE	FORMULÁRIO 1
--	--------------

Município:	Regional de Saúde:
Nome do(a) gestor(a):	População:
Formação:	Idade:

1. Fale sobre sua experiência com gestão em saúde:
  - 1.1 Quanto tempo faz que é gestor municipal;
  - 1.2 Se participava da gestão, mesmo não sendo gestor;
  - 1.3 Se já trabalhou em outros municípios;
  
2. Na sua opinião, qual o papel do Plano Plurianual para o município? (perceber se o gestor entende as limitações impostas ao orçamento e funcionamento da secretaria de saúde se o seu plano de trabalho não estiver previsto no PPA)
  - 2.2 O Programa de Trabalho da saúde está no plano?
  - 2.3 A sua gestão elencou prioridades em saúde para o município?
  - 2.4 Quais as questões são vistas como prioritárias?
  - 2.5 No Plano Plurianual existe alguma diretriz que trate especificamente da saúde? (facilmente identificável)
  - 2.6 Como está definido o trabalho da saúde nesse instrumento?
  
3. Quais as prioridades de saúde para a sua gestão?
  - 3.1 Elencar as 3 principais prioridades
  
4. Me fale sobre o Plano Municipal de Saúde que está em vigor:
  - 4.1 Quais as diretrizes compõem a estrutura do plano atual?
  - 4.2 Existe possibilidade de mudanças na construção do próximo plano?
  - 4.3 Quais seriam as diretrizes? Como elas se correlacionam com as prioridades da gestão municipal?
  
5. O senhor(a) saberia me dizer que prioridades foram previstas na LDO para a secretaria de saúde?
  - 5.1 Existe uma definição de despesas de capital para a área?
  
6. Como foi a experiência de realizar o RAG 2020?
  - 6.1 O instrumento deixou claro o que deixou de ser realizado do Plano Original?
  - 6.2 Como você vê a utilidade da realização do RAG para o aperfeiçoamento do orçamento?
  - 6.3 Em que instrumentos você acha que essas alterações precisam constar?

APÊNDICE 4 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao gestor

7. Hoje, no seu município, quem lhe apoia na construção dos instrumentos e no planejamento em geral?
  - 7.1 De que área são essas pessoas?
  - 7.2 Quais foram os critérios utilizados para escolha?
  - 7.3 Nome/função/cargo/carga horária das pessoas envolvidas
  - 7.4 Caso não cite, perguntar sobre o contador.
  
8. No seu município, vocês têm um organograma da estrutura da secretaria de saúde?
  - 8.1 Onde fica a atenção primária na organização/organograma do município?
  - 8.2 Existe uma coordenação de atenção primária?
  - 8.3 Caso exista um organograma, eu poderia ter acesso ao documento?
  
9. Vocês realizam reuniões de equipe? Com que frequência?
  - 9.1 Quem participa?
  - 9.2 Como são conduzidas?
  - 9.3 Há registro?
  - 9.4 São dados direcionamentos claros para a equipe, com definição de prazos e responsáveis?
  
10. tem conhecimento dos recursos recebidos através da Portaria 731/2021?
  - 10.1 Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de ações estratégicas e apoia à gestação, pré-natal e puerpério;
  - 10.2 você poderia me falar o que o município planejou e implementou a partir dela?
  - 10.3 Como se deu o processo de decisão sobre a aplicação do recurso?

APÊNDICE 5 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao coordenador de Atenção Primária em Saúde

ENTREVISTA COM O COORDENADOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	FORMULÁRIO 2
---	--------------

Município:	Regional de Saúde:
Nome do(a) coordenador(a):	População:
Formação:	Idade:

1. **Você poderia me falar sobre o seu trabalho como coordenador(a) da APS?**
  - 1.1 Você participa da elaboração dos instrumentos de gestão?
  - 1.2 Você participa do processo de compra? Sabe o que é comprado para a atenção primária e de onde vêm os recursos?
  - 1.3 Como você controla/acompanha o processo?
  - 1.4 Como se dá o processo licitatório?
  - 1.5 Sabe me dizer qual o montante de recursos disponível para a atenção primária no orçamento municipal?
2. **Você realiza reuniões de equipe, ou participa de reuniões periódicas?**
  - 2.1 O gestor municipal de saúde participa das reuniões?
  - 2.2 Reuniões entre coordenações
  - 2.3 Reuniões coordenação e equipe técnica
3. **Onde estão expressas as metas que a APS deve atingir a partir do orçamento?**
4. **Como se dá o acompanhamento dessas metas?**
  - 4.1 Existe monitoramento formal das metas?
  - 4.2 Você poderia falar sobre isso? Eu poderia ter acesso?
5. **Especificamente quanto à Atenção Materno-Infantil, existe alguma diretriz que esteja voltada a ela? Em quais instrumentos você a vê mencionada?**
6. **Existem Planos de Trabalho construídos para o alcance das metas dessa Linha de Cuidado?**
  - 6.1 Como os objetivos e metas expressos nos instrumentos são traduzidos nas ações do dia a dia?
  - 6.2 Existem pessoas nominalmente responsáveis por tarefas e ações que contribuem para o alcance das metas? Elas são monitoradas?

APÊNDICE 5 – Questionário de apoio ao preenchimento da matriz, direcionado ao coordenador de Atenção Primária em Saúde

7. Como você avalia os resultados atingidos durante o ano corrente voltados para a Linha de Cuidado Materno-Infantil?
  
8. Você conhece os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil voltados para a Linha de Cuidado Materno-Infantil? Qual o planejamento municipal para o alcance dos mesmos?  
Fiscaliza

## APÊNDICE 6

### Formulário 3 – Roteiro de análise documental dos Instrumentos de Gestão municipais

Município:

População:

Regional de Saúde:

#### PLANO PLURIANUAL

Identificar Programas de Trabalho da Saúde expressos no instrumento

#### LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

Metas fiscais (receitas e despesas)

Prioridades da gestão

Data em que a LDO é encaminhada para análise

Data em que a LDO é sancionada

#### LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

A LOA é construída a partir da LDO?

Até que data ela é elaborada?

A LOA estima receitas e despesas?

A LOA menciona os recursos disponíveis para a saúde?

Os recursos estão descritos por programas? Como estão descritos?

#### PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os programas de trabalho prioritários no município estão expressos no Plano Municipal de Saúde?

Quais informações foram consideradas para a definição das prioridades?

#### PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A PAS define ações para atingimento de metas?

As metas da PAS estão em consonância com o PMS e PPA?

A PAS trabalha com recursos a partir do orçamento definido na LOA?

APÊNDICE 7 – Roteiro de análise documental do organograma

ROTEIRO DE ANÁLISE DO ORGANOGAMA	FORMULÁRIO 4
----------------------------------	--------------

Município:	Regional de Saúde:
------------	--------------------

Data em que o documento foi construído:	Equipe que elaborou:
---	----------------------

O organograma descreve setores e hierarquia entre eles?  
( ) Sim ( ) Não

O organograma contempla a Atenção Primária?  
( ) Sim ( ) Não

Qual o nível hierárquico da Setor?

Existe Regimento Interno da Secretaria de Saúde?

Descreve atribuições da APS?

Existe uma coordenação?

Descreve cargos e funções?

Menciona o planejamento e monitoramento de metas dentre as funções?

## ENSAIOS COMPARATIVOS ENTRE MUNICÍPIOS DE UMA MACRORREGIÃO DO PARANÁ E SEUS RESULTADOS FINANCEIROS EM SAÚDE

### Financiamento da saúde; Alocação de recursos; Apoio ao planejamento em saúde

#### Resumo

**Objetivo:** caracterizar os municípios de uma macrorregião de saúde do Estado do Paraná quanto aos seus dados demográfico e indicadores financeiros em saúde, realizando ensaios comparativos entre municípios e seus portes populacionais.

**Método:** pesquisa de abordagem quantitativa voltada à descrição de variáveis obtidas a partir de base de dados nacionais, categorização dos dados e correlação das variáveis para identificação de possíveis padrões nos resultados apresentados, conforme o tamanho do município.

**Resultados:** mesmo entre municípios de uma mesma tipologia, ou municípios que apresentam porte populacional e estrutura assistencial semelhantes, existem diferenças consideráveis relacionadas aos seus resultados financeiros em saúde.

**Conclusão:** além da capitação ponderada por vulnerabilidades, as habilidades de gestão e o planejamento dos gastos com saúde, a qualificação das equipes gestoras e a organização dos processos de trabalho interferem diretamente na eficiência dos serviços públicos. Tal achado demonstra a necessidade de uma análise mais apurada para a compreensão dos diversos fatores que interferem nos resultados alcançados.

#### INTRODUÇÃO

Antes de aprofundar no ponto principal do presente estudo, convém destacar a histórica discussão acerca da fórmula ideal para a alocação de recursos financeiros em sistemas públicos de saúde. O emprego do termo 'alocar' se justifica porque, conforme Carnut et al. (2020), enquanto o termo financiar está relacionado com acúmulo de recursos (seja um fundo, uma reserva ou assemelhados), o termo alocar está relacionado com a destinação de recursos já existentes, ou seja, após a obtenção desses recursos para onde eles serão distribuídos.

Partindo desta afirmação, cumpre expressar que a preocupação em propor uma metodologia para alocação de recursos que promova a equidade está presente na história do Sistema Único de Saúde e, recentemente, mais fortemente discutida a partir da publicação da Lei Complementar nº 141, de 2012, que determina que o rateio dos recursos da União vinculados à saúde deverá observar as necessidades de saúde da população e critérios epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos e espaciais (BRASIL, 2012).

Em 2019 a Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde noticiou uma nova política de financiamento chamada Previne Brasil e que, segundo Harzheim *et al.* (2020), é resultado de estudos da literatura nacional e internacional e do debate envolvendo gestores municipais, estaduais e federais da Atenção Primária à Saúde (APS). Reconhecendo os avanços apresentados pela APS no país nos últimos vinte e cinco anos, com a redução da mortalidade infantil, e de internações por condições sensíveis à APS, os autores chamam a atenção para o baixo nível de eficiência da APS, com a diminuição da velocidade nos ganhos em saúde nessas mesmas áreas, quando comparados ao investimento público, nos últimos anos.

O modelo proposto é baseado na capitação (que é ponderada por aspectos demográficos, vulnerabilidades socioeconômicas da população acompanhada e ajuste municipal), no pagamento por desempenho e no incentivo a ações estratégicas (BRASIL, 2019). A capitação ponderada é um modelo de remuneração que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) é calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária.

Substituindo o modelo anterior, composto pelo Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que era repassado conforme a população do município, e o variável, repassado de acordo com a adesão dos municípios aos programas estratégicos lançados pelo Governo Federal, a nova política de financiamento é um modelo misto formado por três componentes: capitação ponderada, pagamento por resultados e incentivo a ações estratégicas (Harzheim *et al.*, 2020). A capitação ponderada define um valor per capita a ser repassado pela população cadastrada e acompanhada pelas equipes de atenção primária. A partir de um valor padronizado per capita, ocorre um acréscimo conforme a tipologia do município, sendo que para municípios classificados como intermediários adjacentes e rurais adjacentes aplica-se o peso de 1,45 e para municípios classificados como intermediários remotos e rurais remotos o peso é de 2,0. Ainda sobre esse valor há um incremento de 30 por cento para pessoas cadastradas que tenham menos de 5 ou mais de 65 anos de idade, sejam beneficiárias do Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada ou com renda inferior a dois salários-mínimos.

Esta classificação dentre as cinco tipologias (urbano, intermediário adjacente, rural adjacente, intermediário remoto e rural remoto) é definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), e para tal são considerados o número de habitantes, área de ocupação densa e grau de urbanização sendo que, para avaliar a densidade de ocupação, observa-se a presença de ocupação contínua, com baixa verticalização, predomínio de casas e pouco espaçamento entre as construções.

O Previne Brasil aplica esta tipologia como critério para alocação de recursos financeiros, por considerar que tais características interferem no trabalho e nos resultados de

saúde, em decorrência da capacidade de acompanhamento das pessoas cadastradas por parte das equipes de atenção básica, justificando o peso aplicado ao valor inicial para a correção da quantia repassada per capita.

Carnut *et al.* (2020), numa revisão integrativa sobre metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde ressaltam que, ao se falar em equidade, se faz necessário considerar as dimensões continentais do Brasil, além da complexidade das relações entre os três níveis da federação e da desigualdade de renda, que se manifesta tanto entre as classes sociais quanto entre as regiões do país. Pontual ainda que, como as necessidades de saúde são dinâmicas, os critérios para a alocação devem ser revisados constantemente.

Conforme aponta Coelho (2020, p.32), estudos da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) demonstram que a maioria dos países membros possui modelos de financiamento mistos, e a combinação deles equilibra seus pontos fortes e fracos. Dinamarca, Reino Unido, México, Portugal e Espanha utilizam a capitação ponderada. Já o pagamento por serviço está presente na Dinamarca, Austrália, Reino Unido, Estados Unidos da América, Suíça e França. O pagamento por desempenho está presente na Austrália, Reino Unido, Portugal, França e Espanha.

O processo orçamentário é composto por várias etapas, desde o planejamento das ações governamentais, onde ocorre a formulação do programa de trabalho, passando pela elaboração e aprovação das leis orçamentárias, execução do orçamento, e o controle e avaliação dessa execução, num processo cíclico. A qualidade dos instrumentos de gestão e de sua execução é diretamente proporcional ao nível de entendimento das pessoas envolvidas nesses processos. Além da capitação ponderada por vulnerabilidades, é preciso considerar que em um modelo de financiamento que pague conforme a performance das equipes, as habilidades de gestão para o planejamento dos gastos com saúde, a qualificação das equipes gestoras e a organização dos processos de trabalho interferem diretamente nos resultados alcançados.

A macrorregião norte do Estado do Paraná é composta por cinco regiões de saúde e nelas estão presentes municípios classificados entre três das cinco tipologias propostas pelo IBGE (rural adjacente, intermediário adjacente e urbano). Porém, a limitação em procurar compreender resultados a partir dessa classificação foi expressa pela constatação de que, mesmo entre municípios de uma mesma tipologia, havia diferenças importantes em alguns aspectos.

Assim, o objetivo do estudo é analisar os indicadores financeiros de municípios de uma macrorregião de saúde e compreender as diferenças existentes entre municípios de uma mesma tipologia, com características demográficas e de estrutura da assistência à saúde

semelhantes, com intuito de responder a seguinte questão: há correlação entre o porte populacional e os indicadores financeiros municipais relacionados à saúde?

## **O MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa voltada à descrição de variáveis, categorização dos dados em classes, e correlação das variáveis para identificação de características e possíveis padrões nos resultados apresentados, conforme o tamanho do município. Segundo Medronho (2003, p. 231) “A distribuição de frequências em classes é apropriada para apresentar dados quantitativos contínuos ou discretos com um número elevado de possíveis valores”.

Foram caracterizados 100% dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, quanto à tipologia do IBGE, dados demográficos e indicadores financeiros.

Utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (como mínimo, máximo e desvio padrão) as variáveis foram descritas e apresentadas por meio de estatística gráfica, com box-plots e gráficos de dispersão.

Primeiro, e considerando que as variáveis estudadas não possuíam uma classificação já padronizada, foram definidos intervalos populacionais que possibilitassem o agrupamento de municípios conforme o porte e, conseqüentemente, a comparação dos municípios entre si, quando em uma mesma classe, correlacionando os indicadores financeiros através de gráficos de dispersão. Para tanto, foram definidas oito categorias populacionais, sendo distribuídos da seguinte forma: municípios com menos de 3000 habitantes, de 3.001 a 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 20.000 habitantes, de 20.001 a 50.000 mil habitantes, de 50.001 a 100.000 habitantes, de 101.000 a 500.000 habitantes e municípios com mais de 500.000 habitantes.

Então, com os dados organizados de maneira contínua, aplicou-se como método complementar à descrição, a apresentação de gráficos de dispersão e box-plot, por variáveis e estratificados por classes, conforme porte populacional do município. Como análise inferencial, aplicou-se a análise de correlação linear de Pearson entre as variáveis dependentes (indicadores financeiros) e o tamanho populacional (apresentado de maneira contínua), a fim de apontar a presença, ou não, de padrões estatisticamente significativos entre as informações relacionadas na hipótese.

Os indicadores financeiros estudados foram o percentual de transferências intergovernamentais sobre as receitas totais do município (indicador que demonstra o grau de dependência do município das transferências governamentais), percentual de aplicação municipal em saúde (que conforme a LC 141, os municípios devem aplicar no mínimo 15%), despesas totais per capita com saúde (indicador que engloba as despesas custeadas com

recursos de transferências e também com os recursos próprios do município), despesas per capita com saúde provenientes de recursos próprios, despesas com pessoal e encargos (que indica o grau de comprometimento dos recursos da saúde com a manutenção do pessoal) e percentual de despesas com serviços de terceiros.

A opção pela análise das variáveis referentes ao ano de 2019 ocorre por representar resultados obtidos antes da pandemia, e correspondentes ao terceiro ano da gestão então em vigor, para minimizar vieses relacionados à troca de gestão e inexperiência dos gestores, evitando também as mudanças financeiras ocasionadas pelo enfrentamento da pandemia.

Por se tratar de dados públicos, não houve a necessidade de submissão do projeto ao comitê de ética.

## RESULTADOS

A análise contou com informações dos 97 municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, e dados do ano de 2019. Quanto ao porte populacional, observou-se que mais de 80% dos municípios estudados possuem menos que 20 mil habitantes, configurando uma macrorregião de saúde composta por municípios de pequeno porte (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, conforme o número de habitantes, 2019.**

Número de Habitantes	N	%	% Acumulado
< 3000	8	8,2	8,2
3001 – 5000	23	22,7	30,9
5001 – 10000	24	24,7	55,7
10001 – 20000	26	26,8	82,5
20001 – 50000	11	11,3	93,8
50001 – 150000	5	5,2	99,0
< 500000	1	1,0	100,0
Total	97	100,0	

Fonte: TCU – Estimativa IBGE 2019  
Elaboração própria

Os indicadores financeiros estudados serão descritos quanto ao valor mínimo, média, desvio padrão, mediana e valor máximo. Apesar da importância da média, o cálculo do desvio padrão expressa o grau de dispersão de um conjunto de dados, sendo que quanto mais próximo de zero for o desvio padrão, mais uniformes ou homogêneos são os dados (Tabela 2).

**Tabela 2 – Descrição dos resultados financeiros apresentados pelos municípios da macrorregião norte do Estado do Paraná, 2019.**

	Mínimo	Média	DP	Mediana	Máximo
População estimada	1816	20562	60302	8101	563943
Despesas totais em saúde, por habitante	383,23	1034,47	355,70	973,37	2176,22
Despesas em saúde com recurso próprio, por habitante	300,17	660,62	283,65	580,49	1606,72
Percentual de aplicação municipal em saúde	15,00	23,15	4,26	23,79	34,99
Percentual de transferências governamentais sobre as receitas totais	42,70	82,97	9,35	85,30	95,19
Despesas com pessoal - encargos sociais	1387178,5	9011716,5	30551154,7	3287127,2	2932926
Percentual de despesas com pessoal	1	2	1	8	15,32
Percentual de despesas com serviços de terceiros - Pessoa jurídica	28,56	46,90	8,61	46,96	69,56
	0,00	24,00	11,09	24,18	53,23

Fonte: SIOPS 2019  
Elaboração própria

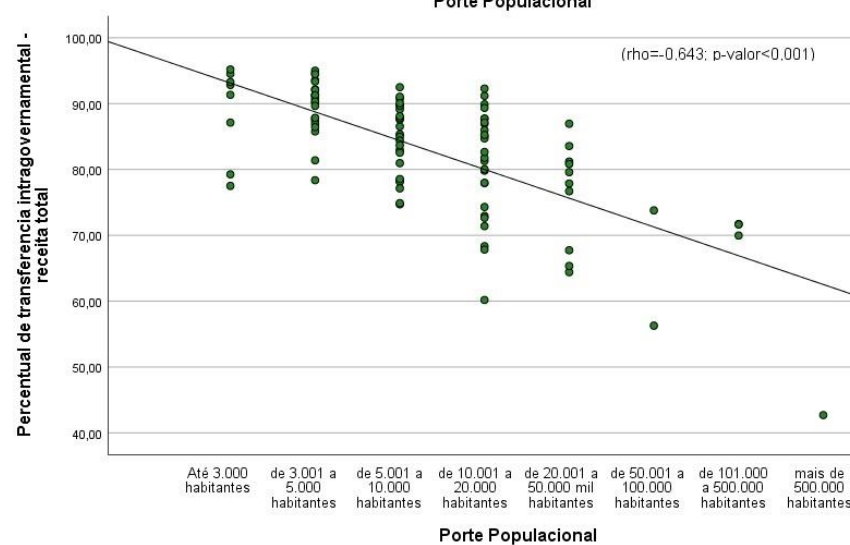
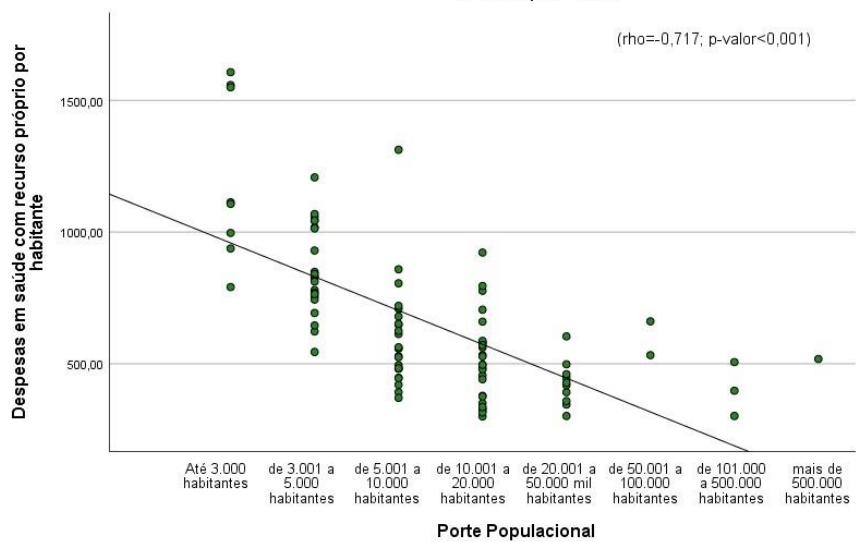
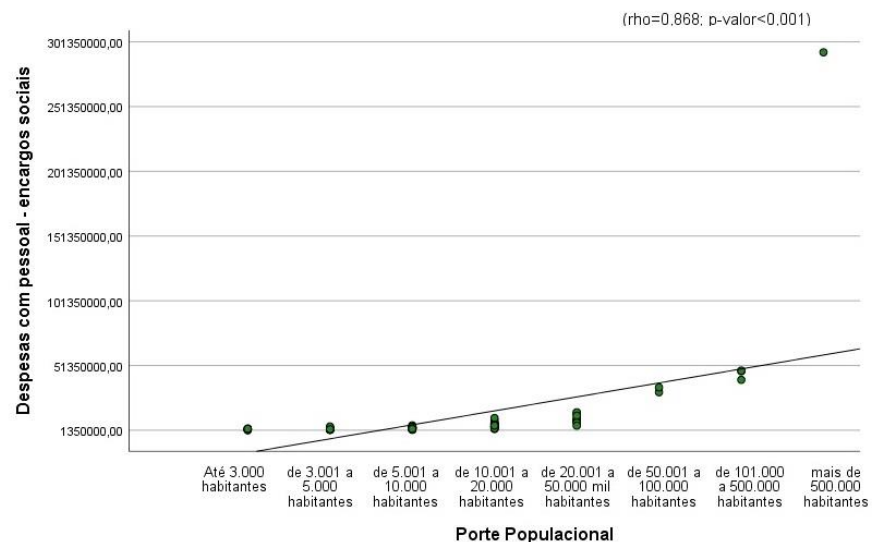
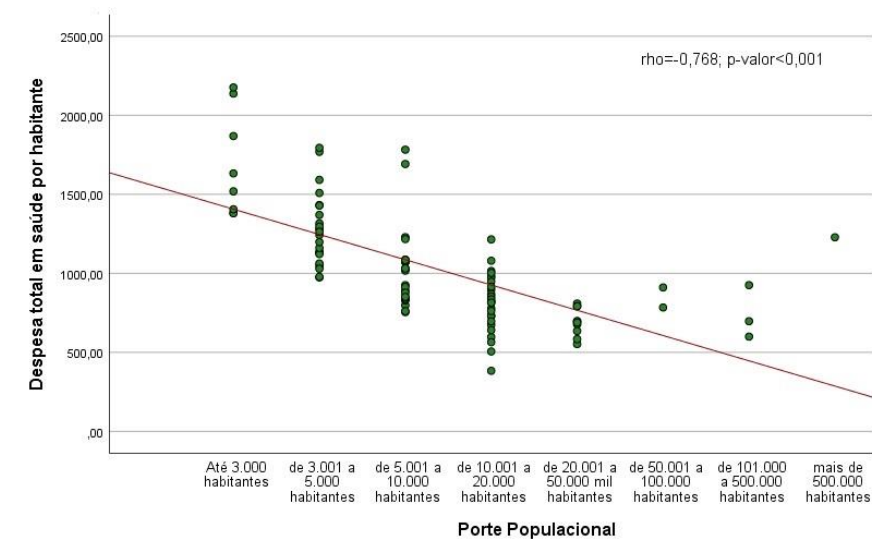
As despesas totais em saúde por habitante apresentaram um valor médio de R\$1.034,47, porém o valor demonstrou oscilar entre R\$383,23 e R\$2.176,22. As mesmas discrepâncias foram observadas nos valores correspondentes às despesas provenientes de recursos próprios, por habitante, sendo que o valor máximo apresentado no período é mais que cinco vezes maior que o valor mínimo encontrado. O percentual médio de aplicação em saúde foi de 23,15%, variando entre 15% e 34,99%.

O percentual de transferências governamentais sobre as receitas totais dos municípios, variou entre 42,70% e 95,19%. Por transferências intergovernamentais entende-se as receitas constitucionais e legais, como o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), e a cota parte de alguns impostos, como o Imposto sobre Propriedade Territorial Rural (ITR), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS). Em contraponto, as receitas totais dos municípios, além das transferências, englobam aquelas decorrentes do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto sobre Serviços (ISS), Imposto de Renda (IR) e taxas.

Enquanto o percentual de despesas com pessoal variou entre 28,56% e 69,56%, as despesas com serviços de terceiros apresentou o valor médio de 24%, com variação entre 0% e 53,23%. Sugere-se que município que não apresenta despesas com terceiros possui fragilidades de natureza declaratória, uma vez que qualquer manutenção predial ou de equipamentos repercutiria na contratação de serviços terceirizados.

Para uma melhor compreensão dos dados, foram realizadas correlações estatísticas através de gráficos de dispersão (Figura 1), a fim de comparar a distribuição dos valores (SIOPS, 2019), conforme o porte populacional (IBGE, 2019).

Figura 1: Correlações estatísticas dos dados, através de gráficos de dispersão, SIOPS, 2019.



Observando os gráficos, é possível verificar uma aparente correlação linear entre as variáveis, que sugere que municípios de maior porte populacional alcançam maior economia de escala e maior grau de independência das receitas advindas através de transferências governamentais. Como também se observa que as despesas com pessoal aumentam conforme o porte, o que se justifica pelo aumento da estrutura assistencial necessária. Vale destacar que, entre todos os resultados analisados, esse é o que apresenta menor variação entre as classes, e também o menor desvio padrão (DP 8,61), denotando que os dados observados estão mais próximos da média.

Porém, também é evidente que, nos outros três indicadores estudados (despesas totais em saúde e despesas em saúde provenientes de recursos próprios, por habitante, além do percentual de transferências governamentais, mesmo entre municípios de uma mesma categoria populacional o grau de variabilidade dos resultados é muito grande.

Quanto às despesas totais em saúde, por habitante, é evidente que municípios com menos de 3.000 habitantes apresentam os maiores valores. Porém, mesmo entre essa classe, existem municípios que apresentam valores menores que municípios até 10.000 habitantes, evidenciando que, apesar do porte impactar nos resultados, ele não é um fator definitivo. Os municípios que apresentam menores valores máximos e mínimos em uma mesma classe, são aqueles com populações entre 10.000 e 20.000 habitantes.

Quanto ao grau de dependência das transferências governamentais, a população estudada dispersão entre as classes, como é o caso dos municípios entre 10 mil e 20 mil habitantes, onde alguns têm mais que 90% da composição de suas receitas correspondentes às transferências, enquanto outros estão entre 60% e 70%.

Porém, afirmar que o aumento ou diminuição do gasto per capita tem correlação com o tamanho do município não parece ser algo observado nesta macrorregião, o que pode ser visto a partir da análise quanto à dispersão das despesas em saúde provenientes de recursos próprios.

Para compreender melhor tais valores, se faz necessária uma análise apurada dos serviços ofertados pelos municípios, e quanto à habilidade das equipes gestoras em aproveitar as receitas provenientes de transferências intergovernamentais destinadas à saúde. O recurso próprio pode ser aplicado com maior grau de autonomia, enquanto os recursos provenientes de transferências intergovernamentais devem seguir o regramento pré-estabelecido.

Na sequência são apresentados os resultados da análise de correlação entre as variáveis de indicadores financeiros e o tamanho populacional, mensurados de forma contínua, onde aplicou-se a análise de correlação de Pearson, e em relação a variável ordinal de porte populacional, por meio da correlação de Spearman, adequada para esse tipo de variável (Tabela 3). Ressalta-se que é importante parcimônia na interpretação dos dados,

uma vez que o grupo de municípios com porte populacional mais alto (maior que 500.000 habitantes) é composto por um município.

**Tabela 3 – Análise de correlação dos indicadores financeiros em relação ao porte populacional dos municípios, macrorregião Norte do Estado do Paraná, 2019.**

		População estimada <sup>a</sup>	Porte populacional <sup>b</sup>	Despesa total em saúde por hab. <sup>a</sup>	Despesas em saúde recurso próprio por hab. <sup>a</sup>	Percentual de aplicação em saúde <sup>a</sup>
Despesa total em saúde por hab.	Coef.	-0,085	-0,768**	1		
	p-valor	0,409	<0,001			
	N	96	96	96		
Despesas em saúde com recurso próprio por hab.	Coef.	-0,185	-0,717**	0,886**	1	
	p-valor	0,071	<0,001	<0,001		
	N	96	96	96	96	
% aplicação em saúde	Coef.	0,110	0,101	0,222*	0,388**	1
	p-valor	0,285	0,329	0,030	<0,001	
	N	96	96	96	96	96
% despesas com pessoal	Coef.	0,011	0,080	0,017	0,091	0,050
	p-valor	0,913	0,441	0,867	0,375	0,626
	N	96	96	96	96	96
Despesas com pessoal - encargos sociais	Coef.	0,992**	0,868**	-0,023	-0,127	0,124
	p-valor	<0,001	<0,001	0,822	0,219	0,229
	N	96	96	96	96	96
% transferências intergovernamentais sobre receitas totais	Coef.	-0,582**	-0,643**	0,377**	0,386**	-0,125
	p-valor	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,227
	N	96	96	96	96	96
% despesas com serviços de terceiros – PJ	Coef.	0,175	-0,032	0,023	-0,011	0,069
	p-valor	0,088	0,754	0,827	0,919	0,504
	N	96	96	96	96	96

<sup>a</sup>Coefficiente de correlação de Pearson para dados quantitativos

<sup>b</sup>Coefficiente de correlação de Spearman para dados ordinais ou postos.

\*\*apresenta correlação estatisticamente significativa (<0,05)

Fonte: SIOPS 2019

Elaboração própria

Quando se observa os resultados da análise de correlação, em relação ao tamanho da população (mensurado de forma contínua), percebe-se que apenas as variáveis “despesas com pessoal e encargos” e “percentual de transferência intergovernamentais sobre receitas totais” apresentaram correlação estatisticamente significativas. Para as despesas com pessoal, o coeficiente de correlação apresenta uma força de associação muito forte e diretamente proporcional ( $r=0,992$ ;  $p\text{-valor}<0,001$ ), indicando que quanto maior a população também será maior o valor gasto com despesas com pessoal. Já quanto a transferência intergovernamental, a correlação apresentou magnitude de associação moderada e inversamente proporcional ( $r=-0,582$ ;  $p\text{-valor}<0,001$ ) indicando relação oposta,

ou seja, quanto maior o município, menor a participação das transferências governamentais sobre a receita total.

Ao analisar a correlação, calculada por meio do Coeficiente de Spearman, considerando a variável com classificação ordinal do porte dos municípios, encontra-se significância para os seguintes cruzamentos de variáveis: Despesa total em saúde ( $\rho = -0,768$ ;  $p\text{-valor} < 0,001$ ), indicando que quanto maior o porte populacional menor será o valor esperado para despesas totais em saúde, com uma magnitude de associação classificada forte.

As despesas em saúde com recursos do próprio município também apresentaram uma correlação estatisticamente significativa, com magnitude de associação forte e inversamente proporcional ( $\rho = -0,717$ ;  $p\text{-valor} < 0,001$ ), indicando também que quanto maior o porte do município menor o valor esperado de gastos com despesas em saúde com recursos próprios.

Também foram estatisticamente significativos os resultados da variável “despesas com pessoal – encargos sociais”, que apresentou relação diretamente proporcional e magnitude de correlação muito forte, sendo que, quanto maior o porte do município, maior será o valor esperado de gastos com despesas com pessoal – encargos sociais ( $\rho = 0,868$ ;  $p\text{-valor} < 0,001$ ).

## **DISCUSSÃO**

Ao partir da preocupação em melhor compreender e comparar resultados entre municípios com portes diferentes, o que surpreende foi justamente a presença de resultados diferentes entre municípios de mesmo porte. As diferenciações dos resultados financeiros vistas entre municípios de uma mesma classe, que possivelmente apresentam a estrutura assistencial semelhantes - em decorrência do regramento que define o número de equipes e os recursos assistenciais disponíveis – sugere que possa haver diferenças na capacidade técnico administrativa desses municípios.

Sem deixar de reconhecer a importância das medidas alocativas adotadas pelo programa Previne Brasil, é necessário ponderar que existem outros elementos que podem influenciar negativamente qualquer política de financiamento. Massuda (2022) ao comentar sobre potenciais contribuições do programa Previne Brasil, tece considerações ao modelo, citando medidas complementares que, na sua ausência “podem exacerbar desigualdades ao penalizar municípios com menor capacidade gerencial, infraestrutura, recursos humanos e tecnológicos”.

Para além da conformação das suas populações (critérios utilizados para a definição da tipologia do município), o porte populacional parece impactar diretamente no grau de

dependência desses municípios de transferências governamentais. E o potencial de arrecadação de um município – ou sua ausência – lhe impõe um peso sobre a capacidade técnico administrativa para acessar recursos provenientes de transferências, que estão condicionadas às regras orçamentárias e habilidades de planejamento e gestão.

Além da capitação ponderada por vulnerabilidades, as habilidades de gestão e o planejamento dos gastos com saúde, a qualificação das equipes gestoras e a organização dos processos de trabalho interferem diretamente na eficiência dos serviços públicos e nos resultados que estes entregam à sociedade.

Tal achado demonstra a necessidade de uma análise mais apurada para a compreensão dos diversos fatores que envolvem a complexa trama da gestão da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. Diário Oficial da União. [acesso em 2021 nov 15] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm)

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 57p, 2021. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_aps.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_aps.pdf) ISBN **978-65-5993-057-9**

BRASIL, Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, Publicado em 13/11/2019. Edição: 220. Seção: 1

CARNUT, L; MENDES, Á; LEITE M. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, 44 (126): 902-918, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624>

COELHO, K T R. **Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde.** ANO. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Avaliação de Políticas Públicas) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Brasília DF. 65 fl.

HARZHEIM, E; D'ÁVILA, O P, RIBEIRO, D C, RAMOS, L G; SILVA L E, SANTOS, C M J; COSTA, L G M; CUNHA, C R H; PEDEBOS, L A. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4): 1361-1374, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>

HARZHEIM, E; SANTOS, C M J; D'ÁVILA, O P; WOLLMANN, L; PINTO L F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020. 15(42):2354. [http://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2354](http://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2354)

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

MASSUDA, A. Atenção Primária em Saúde: financiamento é prioridade global e urgência nacional. *Jota*, 05/04/2022. Saúde. Coluna do Massuda. <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/coluna-adriano-massuda/atencao-primaria-em-saude-financiamento-e-prioridade-global-e-urgencia-nacional-05042022>

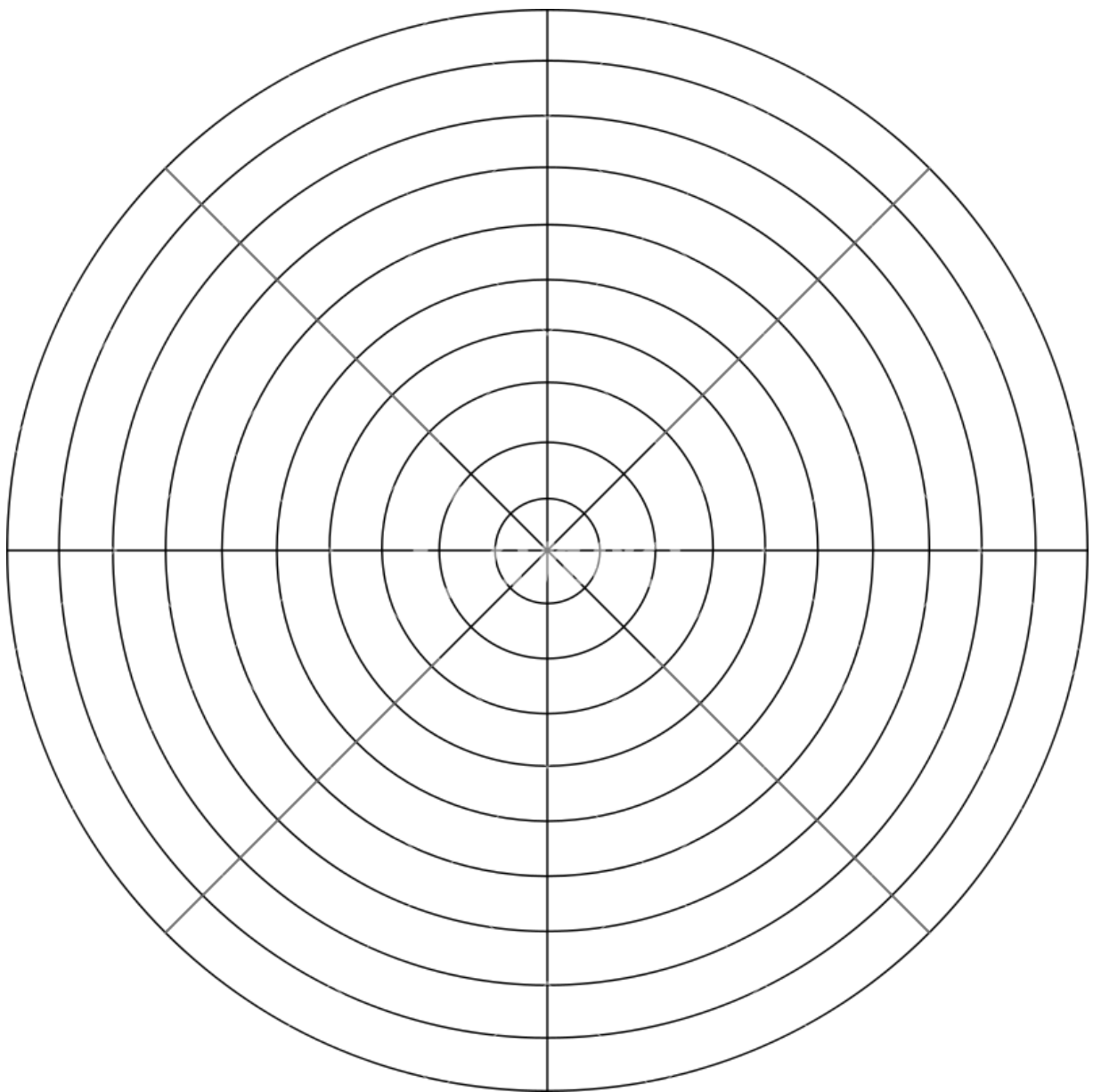
MEDRONHO, R A; CARVALHO, D M de; BLOCK K V; LUIZ, R R E; WERNECK, G L. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

STURGES, H. The choice of a class-interval. *Journal of the American Statistical Association*, v. 21, p.65-66. 1926.

**APÊNDICE 9**  
Roda do SUS

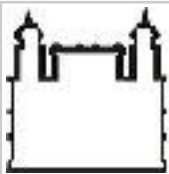
# RODA DO SUS

1. Insira áreas prioritárias em cada um dos segmentos do círculo, conforme escolhas feitas pela equipe de planejamento e gestão.
2. Avalie o desempenho de cada uma das áreas, de 1 a 10, preenchendo as linhas daquele segmento no círculo.
3. Observe as áreas com melhor e pior desempenho.
4. Construa projetos para melhoria das áreas com menor desempenho.



## **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
Parecer do Comitê de Ética



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Mudanças nas regras de transferência de recursos federais do Sistema Único de Saúde: implicações e desafios para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil

**Pesquisador:** Luciana Dias de Lima

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30675420.6.0000.5240

**Instituição Proponente:** Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**Patrocinador Principal:** Fundação Oswaldo Cruz

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.196.806

#### **Apresentação do Projeto:**

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 4.014.705, em 07/05/2020.

Projeto do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública de Luciana Dias de Lima e financiamento no total de R\$250.000 solicitado ao edital "Atenção Primária de Saúde (PMA) do Programa Inova Fiocruz."

Resumo: "O objetivo é analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do SUS e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS. O estudo permitirá a produção de conhecimento relevante para apoiar gestores, comunidade acadêmica, profissionais e usuários do SUS na compreensão das políticas em curso, das dimensões inerentes ao financiamento federal da saúde e suas relações com o modelo de organização da APS em âmbito nacional e loco-regional."

Metodologia proposta: "O estudo envolverá três etapas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

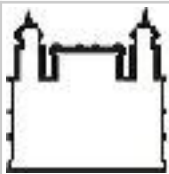
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



# ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA - ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo visita a municípios, análise de dados secundários e entrevistas semi-estruturadas com gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). Foram selecionados como casos: a. Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, onde está situada a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Esta região possui cerca de 10 milhões de habitantes, distribuídos em 12 municípios de médio e grande porte populacional. b. Macrorregião Norte do Paraná, onde está situada a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Esta Macrorregião abrange cinco regiões de saúde e possui cerca de 1,8 milhões de habitantes, distribuídos em 97 municípios, a maioria de pequeno porte populacional. A inclusão dessas regiões busca promover maior aproximação dos pesquisadores com o público-alvo.”

Metodologia de análise de dados: "Serão adotadas contribuições dos estudos de análises de políticas públicas e da economia política da saúde. O foco de análise estará direcionado para a compreensão das relações federativas (transferências intergovernamentais) e entre os poderes Executivo e Legislativo (emendas parlamentares) no financiamento do SUS e suas repercussões para a organização da APS. O estudo adotará métodos quantitativos e qualitativos para coleta e processamento de informações. As seguintes estratégias e técnicas serão utilizadas: 1. Análise de documentos (Leis, Decretos, Portarias e Normas Ministeriais) relacionados à regulamentação do Orçamento Público, aos mecanismos de transferência de recursos federais e daqueles direcionados para o SUS e a atenção básica, publicados e/ou vigentes no período de 2015 a 2020. Os documentos serão obtidos nos sites oficiais do Governo Federal e do Ministério da Saúde. 2. Estudo exploratório, com base em dados secundários de abrangência nacional, oriundos de sistemas de informações oficiais, referentes aos recursos financeiros transferidos da União, bem como das receitas e despesas orçamentárias em saúde dos municípios. Os dados das transferências serão obtidos do Fundo

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

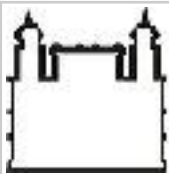
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Nacional de Saúde e das receitas e despesas municipais em saúde do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, no período de 2015 a 2020. 3. Realização de estudo multicase, incluindo análise de dados secundários, documentos, entrevistas e observação participante. Destaca-se que a pesquisa será desenvolvida a partir da interlocução com gestores da administração pública do SUS atuantes nos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e nas Secretarias de Estado de Saúde do Paraná (PR) e Rio de Janeiro (RJ). Junto desses interlocutores, considerados público-alvo direto, foram definidos os produtos desse projeto e o plano de disseminação dos seus resultados, entre os quais se destacam: a) Manual com a sistematização das normas para transferência de recursos federais para a APS, direcionado aos gestores e técnicos municipais e estaduais. b) Curso de curta duração (8hs) sobre financiamento do SUS, da APS e gestão orçamentária, ofertado no RJ (Ensp) e no PR (UEL). c) Infográfico contendo a evolução dos componentes das transferências de recursos federais para a APS e seus principais efeitos sobre a configuração do modelo de atenção e gestão.”

Tamanho da amostra: 40

#### **Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Primário:

Analisar as transformações na composição das transferências de recursos federais do Sistema Único de Saúde e suas repercussões para o financiamento e a organização da Atenção Primária à Saúde, em nível nacional e em diferentes contextos regionais e municipais.

Objetivo Secundário:

- 1) Mapear o conjunto de mudanças nas regras formais que permeiam as transferências de recursos financeiros federais voltados para o SUS, com destaque para a APS.
- 2) Analisar a evolução dos componentes das transferências de recursos federais e suas repercussões para o financiamento e a organização da APS nos municípios brasileiros.
- 3) Analisar os efeitos das mudanças nas regras de financiamento federal na configuração do modelo de atenção e gestão da APS, em regiões e municípios selecionados nos estados do Rio de Janeiro e do Paraná.
- 4) Identificar tendências relacionadas ao financiamento da APS e à direcionalidade dada ao modelo de atenção pelo governo federal."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

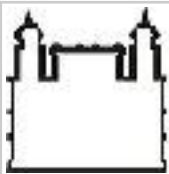
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

"Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores."

Benefícios:

"Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1537570.pdf, postado em 26/07/2020.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

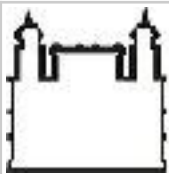
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Documento com as informações sobre a equipe do projeto nomeado QuadroEquipe\_CEP.pdf, postado em 10/04/2020.

Para responder às pendências do parecer anterior, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais foram aprovados:

- Carta de aprovação do projeto no edital nomeado res\_edital\_pma\_2020.pdf, postado em 27/07/2020

- Formulário de respostas às pendências nomeado formulario\_resp\_pend\_parecer\_4014705.pdf, postado em 26/07/2020

- Roteiro de entrevistas nomeado RoteiroEntrevistas.pdf, postado em 26/07/2020

- Termos de parcerias com instituições:

- TermodeParceria\_SESA\_Apucarana.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_SESA\_Ivaipora.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_SES\_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_COSEMS\_PR.pdf, postado em 26/07/2020

- TermodeParceria\_COSEMS\_RJ.pdf, postado em 26/07/2020

- Plano de trabalho com universidade parceira nomeado planodetrabalho\_ENSP\_UEL\_ComAssinaturas\_Final.pdf, postado em 26/07/2020.

- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado PMA\_FinanciamentoAPS\_24\_07\_20\_CEP\_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

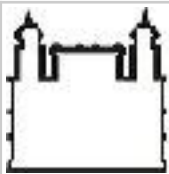
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nomeado TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020\_modificado.pdf, postado em 26/07/2020.

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável nomeado folhaDeRosto\_modificada.pdf, postado em 26/07/2020.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 4.014.705, em 07/05/2020, foram analisadas conforme abaixo:

1.Item de pendência:

1.1 Riscos: Prever riscos não considerados no texto, como se poderá ocorrer constrangimento dos participantes durante a entrevista (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V).

Resposta da pendência 1:

A redação foi alterada de forma a explicitar de forma mais clara os riscos aos participantes durante a entrevista.

“Toda pesquisa possui riscos potenciais, maiores ou menores, dependendo dos objetivos e metodologias adotadas. No caso deste estudo, há risco de ocorrer identificações dos sujeitos e constrangimentos dos entrevistados em razão do cargo público ocupado, da atividade profissional (função de gestão) desenvolvida, e do reduzido número de pessoas que serão entrevistadas (máximo 40). Visando reduzir riscos de identificação, esclarecemos no TCLE que as informações obtidas por meio da entrevista serão processadas e analisadas em conjunto com as demais entrevistas e materiais de outras fontes de pesquisa e que os resultados das análises são de responsabilidade dos pesquisadores; que citações diretas de falas, que permitam a identificação do entrevistado, serão evitadas; que após a transcrição, serão atribuídos códigos de modo a garantir o sigilo dos entrevistados; que o nome e os dados pessoais dos entrevistados não serão de modo algum utilizados. Será ainda solicitada a autorização do entrevistado das condições de

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

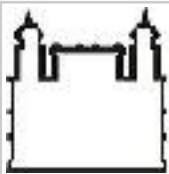
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

uso do seu depoimento por meio do TCLE. Serão assegurados o sigilo e a privacidade das informações fornecidas em todas as etapas do estudo, incluindo na divulgação de seus resultados. Os dados coletados na entrevista serão arquivados por pelo menos 5 anos e serão acessados somente pela equipe de pesquisadores.”

Há algum documento anexado para a pendência 1?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

2. Item de pendência:

1.2 Benefícios: o texto incluído não se refere aos benefícios dos participantes e sim a justificativa do estudo. Incluir benefícios diretos (quando existir) e indiretos para o participante ou comunidade (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. V)

Resposta da pendência 2: A redação foi alterada de modo a incluir benefícios diretos e indiretos para o participante e instituição.

“Um benefício da pesquisa se relaciona a possibilidade dos entrevistados refletirem sobre os processos de trabalho relacionados à gestão da saúde no diálogo com os pesquisadores. Além disso, a pesquisa foi construída de modo colaborativo entre instituições acadêmicas, parceiras e beneficiárias do estudo. Nesse processo, foram definidos produtos visando contribuir com os esforços da gestão pública da saúde, envolvendo: a elaboração de manual com a sistematização dos documentos que serão analisados no estudo e suas implicações para o financiamento e a organização da atenção básica; a oferta de um curso de curta duração sobre financiamento do SUS e gestão orçamentária voltado para as equipes de gestão das secretarias de saúde; e produção de infográfico contendo uma síntese de informações qualificadas sobre o financiamento e a gestão da atenção básica.”

Há algum documento anexado para a pendência 2?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

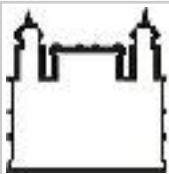
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

3. Item de pendência:

1.3 Tamanho da amostra: na seção de riscos menciona 50 pessoas e no item referente ao tamanho da amostra é mencionado 100. Esclarecer e padronizar a informação.

Resposta da pendência 3:

O número máximo de entrevistas a serem realizadas será 40, pois foram excluídos do estudo os dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde. Serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems). A informação foi corrigida e padronizada.

Há algum documento anexado para a pendência 3?

sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

não

Resposta à pendência: Pendência atendida

4. Item de pendência:

1.4 Não foram incluídas as instituições coparticipantes, como as Secretarias municipais e estaduais do Rio de Janeiro e do Paraná (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º)

Resposta da pendência 4:

O estudo foi cadastrado como multicêntrico, em parceria com a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Foram incluídos os seguintes alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL como membros da equipe de pesquisa: Karen Patrícia Wilke Ferreira Rocha e Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti.

Como não serão entrevistados dirigentes e profissionais de unidades básicas de saúde, somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

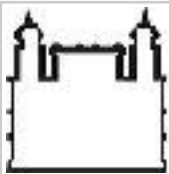
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), estas instituições não foram inseridas como co-participantes. Entretanto, foram inseridos como documentos os termos de formalização de parcerias instituídas no âmbito do projeto para fins de desenvolvimento do estudo (UEL), dos produtos e divulgação dos seus resultados (com as diretoriais e coordenações das secretarias estaduais de saúde e Cosems).

Há algum documento anexado para a pendência 4?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento gerado automaticamente pelo sistema PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Além disso foram incluídos os seguintes documentos de formalização de parcerias:

Plano de Trabalho\_ENSP\_UEL\_ComAssinaturas\_Final

Termo de Parceria\_Cosems\_RJ

Termo de Parceria\_Cosems\_PR

Termo de Parceria\_SES\_RJ

Termo de Parceria\_SESA\_CISMEPAR

Termo de Parceria\_SESA\_Ivaipora

Termo de Parceria\_SESA\_Apuarana

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

5. Item de pendência:

2.1 Especificar quais as instituições coparticipantes que serão captadas as cartas de anuência e incluir justificativa para a não entrega das cartas de anuência (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 10º, §1º).

Resposta da pendência 5:

O documento "DeclaracaoCEP.pdf" foi excluído pois serão entrevistados somente gestores de alto escalão das secretarias de saúde dos estados e municípios do Rio de Janeiro e do Paraná (Coordenadores Municipais de Atenção Primária à Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Dirigentes Estaduais e Presidentes dos Cosems), sendo necessário nesse caso somente o TCLE.

Há algum documento anexado para a pendência 5?

( ) sim.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

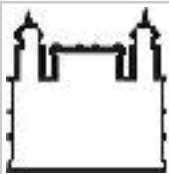
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

( X ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

6. Item de pendência:

3.1 No item patrocinador principal consta o nome da Fiocruz. Porém, no documento da Plataforma Brasil foi informado que o projeto ainda será submetido a um edital de fomento da Fiocruz. Adequar a informação (Norma Operacional MS/CNS Nº 001/2013 item 3.4.1 alínea 16). Posteriormente apresentar a carta de aprovação do projeto no edital citado pelo pesquisador (Norma Operacional CNS 001/13 item 3.4.1, 16).

Resposta da pendência 6:

O projeto foi aprovado no âmbito do Edital. A informação foi corrigida da plataforma Brasil. Foi anexada a lista de projetos aprovados do Edital.

Há algum documento anexado para a pendência 6?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Foi inserido do documento:

resultado\_edital\_pma\_vf\_09-07-2020

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

7. Item de pendência:

4. Considerações sobre o documento TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020.pdf

4.1 Explicitar que os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 5º e 6º).

4.2 Explicitar uma forma de divulgação dos resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo (Resolução MS/CNS/CONEP 580/18 cap. II art. 9º). Os meios mencionados (relatórios de pesquisa, artigos científicos e trabalhos em eventos científicos) não se configuram como devolutivos aos participantes de pesquisa.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

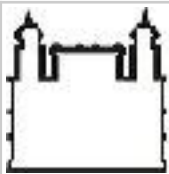
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

4.3 No TCLE Lê-se: "Assim, será solicitada a autorização do entrevistado para identificação da fala através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". Esclarecer. Ainda, se haverá identificação direta este risco da identificação deve estar no item risco da Plataforma Brasil.

4.4 No meio do TCLE tem campo referente a autorização das condições de uso do seu depoimento para fins da pesquisa científica. Adequar, colocando este quesito para o final do documento antes da assinatura do participante; ainda o campo deve ter as opções de autoriza ( )sim ( ) não.

4.5 Incluir a assinatura do pesquisador responsável pela pesquisa ao final do termo devendo as páginas de assinaturas estar na mesma folha (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.5, alínea "d").

4.6 Esclarecer a forma de abordagem e local das entrevistas. Incluir as afirmações sobre sigilo e privacidade de todos os participantes durante todas as fases da pesquisa. Incluir quais serão as medidas tomadas para assegurar o sigilo dos participantes (Resolução MS/CNS/CONEP 466/12 art. IV.3, alínea "e").

4.7 Incluir um telefone de contato institucional. Ainda, recomenda-se não utilizar telefones pessoais no TCLE.

Resposta da pendência 7:

Todas as solicitações de alteração foram feitas no TCLE e grifadas em amarelo.

Há algum documento anexado para a pendência 7?

( X ) sim. TCLE\_ProjetoPMA\_Abril\_2020\_modificado.pdf

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

8. Item de pendência:

5. Considerações sobre documento faltante:

5.1 Postar o documento que será utilizado para a coleta de dados, ou seja, o ROTEIRO DE ENTREVISTA/questionário que será aplicado nas entrevistas.

5.2 Vale salientar que se as perguntas do questionário forem distintas para os diferentes grupos de pessoas investigados deve-se considerar a necessidade de TCLE específicos para cada grupo, considerando que possa haver diferentes objetivos, riscos e benefícios com a aplicação do instrumento. Esclarecer.

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

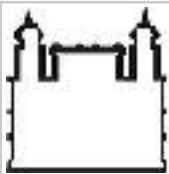
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.196.806

Resposta da pendência 8:

O roteiro foi elaborado e postado na plataforma Brasil. O mesmo roteiro será aplicado a todos os entrevistados da pesquisa. Esta informação foi incluída no roteiro.

Há algum documento anexado para a pendência 8?

( X ) sim. Roteito\_Entrevistas

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

9. Item de pendência:

6.Referente ao financiamento do estudo:

6.1)Caso o projeto seja contemplado pela instituição de fomento, durante a tramitação do projeto, a pesquisadora deverá anexar carta de aprovação do projeto no edital, ou carta de compromisso de enviar posteriormente via notificação

6.2)Esclarecer como se efetivará a pesquisa caso não seja obtido o financiamento requerido (Norma Operacional 001/13 3.3.e)

Resposta da pendência 9:

A lista de projetos selecionados no âmbito do Edital PMA 2020 foi postada na plataforma Brasil. O item 6.2. não se aplica, pois o projeto foi selecionado.

Há algum documento anexado para a pendência 9?

( X ) sim. resultado\_edital\_pma\_vf\_09-07-2020

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

10. Item de pendência:

Considerações Finais a critério do CEP:

As pendências deverão ser respondidas no "formulário de respostas às pendências", disponível na página eletrônica do CEP e as informações deverão ser atualizadas em TODOS os documentos pertinentes (ex.: no formulário da Plataforma, no projeto na íntegra e em outros documentos pertinentes).

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

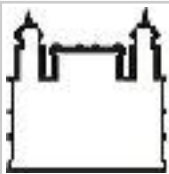
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Documentos alterados a serem anexados após o parecer do CEP deverão ser nomeados com a palavra "modificado".

Ao responder as pendências o pesquisador deve rever o cronograma da pesquisa e atualizá-lo, considerando o tempo necessário à obtenção da aprovação.

Resposta da pendência 10:

Todas as solicitações acima foram atendidas. Informamos que o cronograma preve o início da pesquisa em 10/08/20 atendendo ao edital PMA 2020.

Há algum documento anexado para a pendência 10?

( X ) sim. Inserir o nome do arquivo postado na plataforma: A alteração foi atualizada nas informações básicas do projeto e estarão no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO

Foi anexado:

formulario\_resp\_pend\_parecer\_4.014.705

folhaDeRosto\_modificada

PMA\_FinanciamentoAPS\_24\_07\_20\_CEP\_modificado

( ) não

Resposta à pendência: Pendência atendida

**Considerações Finais a critério do CEP:**

\*\*\*\*\*

ATENÇÃO:

\*\*\*CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.\*\*\*

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

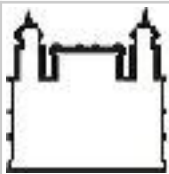
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

\*\*\*\*\*

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1\* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>), em: pesquisa projetos de pesquisa documentos necessários.

2\* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3\* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4\* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	aut_ENSP.pdf	06/08/2020 12:43:44	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Outros	res_edital_pma_2020.pdf	27/07/2020 12:17:53	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537570.pdf	26/07/2020 12:21:01		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4014	26/07/2020	Luciana Dias de	Aceito

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

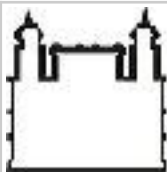
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE  
PÚBLICA SERGIO AROUCA -  
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 4.196.806

Outros	705.pdf	12:20:11	Lima	Aceito
Outros	RoteiroEntrevistas.pdf	26/07/2020 12:16:22	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Apucarana.pdf	26/07/2020 12:15:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_Ivaipora.pdf	26/07/2020 12:14:52	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SESA_CISMEPAR.pdf	26/07/2020 12:14:37	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_SES_RJ.pdf	26/07/2020 12:14:18	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_PR.pdf	26/07/2020 12:14:03	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	TermodeParceria_COSEMS_RJ.pdf	26/07/2020 12:13:46	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	planodetrabalho_ENSP_UEL_ComAssinaturas_Final.pdf	26/07/2020 12:13:01	Luciana Dias de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PMA_FinanciamentoAPS_24_07_20_CEP_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoPMA_Abril_2020_modificado.pdf	26/07/2020 12:02:09	Luciana Dias de Lima	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_modificada.pdf	26/07/2020 11:54:49	Luciana Dias de Lima	Aceito
Outros	QuadroEquipe_CEP.pdf	10/04/2020 14:40:43	Luciana Dias de Lima	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Agosto de 2020

---

**Assinado por:**  
**Jennifer Braathen Salgueiro**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

**Bairro:** Manguinhos

**CEP:** 21.041-210

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2598-2863

**Fax:** (21)2598-2863

**E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br