

RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI

**FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA:  
UMA ANÁLISE NA GESTÃO ESTADUAL DO SUS**

Brasília

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI

**FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA:  
UMA ANÁLISE NA GESTÃO ESTADUAL DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília

2013

RITA DE CÁSSIA BERTÃO CATANELI

**FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA:  
UMA ANÁLISE NA GESTÃO ESTADUAL DO SUS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovada em: 30 de janeiro de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa  
Presidente

Prof. Dr. Júlio Strubing Müller Neto  
Examinador

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça  
Examinador

Profa. Dra. Magda Duarte dos Anjos Scherer  
Examinador Suplente

*Dedico este trabalho aos meus pais,  
Jorge Bertão e Ivone Fazzano Bertão,  
por terem me dado asas e me ensinado a usá-las,  
e à minha filha, Anna Clara,  
por me fazer sempre olhar para frente.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Luis Gonzaga (*in memorian*), Jorge, Mônica e Enzo, pelo estímulo e apoio sempre presentes.

À equipe de adaptação e aplicação das FESP/SUS, Júlio Strubing Müller Neto, Fátima Ticianel Schrader, Maria Lucia Carnellosso, João José Candido da Silva, Júlio Manuel Suarez, Renilson Rehem de Souza, Maria Aparecida Carricondo Arruda Leite, Luís Fernando Rolim Sampaio, Rosa Maria Silvestre e Carmem Fontes Teixeira, Eliana Dourado, Marta Barreto, Déa Carvalho, Regina Nicoletti, Viviane Rocha de Luiz e Lore Lamb, pela oportunidade de aprendizado constante.

A Júlio Strubing Müller Neto, “de novo”, pela brilhante condução dessa experiência.

Às equipes das secretarias estaduais de saúde que realizaram a autoavaliação das FESP/SUS, pela oportunidade de aproximação com a prática e pelas contribuições dadas à proposta.

Aos amigos do Conass – TODOS – com quem tenho a honra e a satisfação e de trabalhar nos últimos 10 anos, em uma rica vivência cotidiana de aprendizado.

Aos companheiros do mestrado, em especial à Jurandi Frutuoso Silva, Eliana Maria Dourado, Alethele Santos, Lourdes Almeida, Nereu Henrique Mansano, pela amizade, pelo companheirismo, pelos intensos e ricos debates e pelas risadas, que tornaram mais leves a dura tarefa de conciliar o trabalho do dia a dia com a vivência na Academia.

À minha orientadora, Maria Fátima Sousa, pela confiança, pela amizade, pela orientação acadêmica, pela paciência e pelo apoio nos momentos mais difíceis desta jornada.

*“Eu prefiro ser / Essa metamorfose  
ambulante / Do que ter aquela velha opinião  
formada sobre tudo”*

*Raul Seixas*

## RESUMO

As Funções Essenciais de Saúde Pública adaptadas à gestão estadual do SUS (FESP/SUS) compõem um conjunto de 11 funções, que representam algumas das responsabilidades e atribuições mais relevantes da autoridade sanitária estadual, que tem o papel fundamental de garantir seu bom desempenho e, desde 2005, vêm sendo avaliadas, visando identificar, analisar e refletir acerca das áreas consolidadas neste âmbito de gestão, assim como as suas principais dificuldades. Essa pesquisa tem como objetivos analisar o desempenho, as tendências e o comportamento das FESP/SUS nas secretarias estaduais de saúde que realizaram o exercício de autoavaliação no período de 2005 a 2011. Trata-se de um estudo de múltiplos casos que se apoia no referencial teórico da análise de conteúdo para análise dos dados. Os resultados encontrados evidenciaram melhor desempenho de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado; vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde; tendência de fortalecimento e equilíbrio positivo entre as funções de avaliação e planejamento, vigilância em saúde, promoção e garantia de acesso e coordenação da regionalização e, também, tendência de fragilidade para as áreas de promoção da saúde, controle social, marco regulatório e fiscalização, auditoria, recursos humanos, qualidade dos serviços e ciência e tecnologia em saúde. Os resultados aqui apresentados demonstram que, na prática, as SES enfrentam grandes desafios para consolidar seu papel de condução da política estadual de saúde. A identificação dos componentes mais frágeis e críticos das FESP/SUS nesta pesquisa poderá subsidiar a elaboração de uma agenda de prioridades da gestão do SUS como um todo, orientando a elaboração e pactuação de propostas que visem ao fortalecimento das FESP/SUS e, conseqüentemente, da gestão estadual do SUS.

**Palavras-chaves:** Funções essenciais da saúde pública; gestão em saúde; avaliação em saúde.

## **ABSTRACT**

The Essential Public Health Functions (FESP) adapted to the States' management of the Unified Health System (SUS) comprise a set of 11 functions, which represent some of the most important attributions and responsibilities of the State health authority, which has the fundamental role of ensuring its good performance and since 2005 has been evaluated to identify, analyze and reflect on consolidated areas in this field of management, as well as their main difficulties. This research aims to analyze the performance, trends and behavior of FESP / SUS in State Health Departments and the exercise of self-assessment was conducted from 2005 to 2011. It is a multiple case study supported on the theoretical framework of content analysis to analyze the data. Results showed a better performance in monitoring, analysis and assessment of the health situation of the State; surveillance, investigation, health risk and injury control, policy development and institutional capacity for planning and management of public health; promoting and ensuring universal and equitable access to health services and indicating a trend of strengthening and a positive balance among the functions of planning and assessment, health surveillance, promotion and guarantee of access and coordination of regionalization and a trend of fragility in the areas of health promotion, social control, regulatory framework, audit, human resources, quality of services and science and technology in health. The results presented here demonstrate that, in practice, the State Health Departments (SES) face major challenges to consolidate their role in the conduction of the State health policy. The identification of critical and weaker components of FESP / SUS in this research may support the development of an agenda of priorities for the management of the SUS as a whole, guiding the preparation and negotiation of proposals aimed at strengthening the FESP / SUS and therefore the States' management of the SUS.

**Keywords:** Essential functions of public health, health management, health assessment.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percentual de secretarias de saúde que aderiram à autoavaliação das FESP/SUS, no período de 2005 a 2011, por região do Brasil.....	37
Figura 2 – Média das 11 FESP/SUS em cada caso.....	38
Figura 3 – Média da FESP/SUS n. 1 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso.....	42
Figura 4 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 1 em relação à média da função 1 em todos os casos.....	42
Figura 5 – Média da FESP/SUS n. 2 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	45
Figura 6 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 2 em relação à média da função 2 em todos os casos. ....	46
Figura 7 – Média da FESP/SUS n. 3 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	47
Figura 8 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 3 em relação à média da função 3 em todos os casos. ....	48
Figura 9 – Média da FESP/SUS n. 4 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	51
Figura 10 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 4 em relação à média da função 4 em todos os casos. ....	52
Figura 11 – Média da FESP/SUS n. 5 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	55
Figura 12 – Média da FESP/SUS n. 5 em relação à média da função 5 em todos os casos.....	56
Figura 13 – Média da FESP/SUS n. 6 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	58
Figura 14 – Média da FESP/SUS n. 6 em relação à média da função 6 em todos os casos. ....	58
Figura 15 – Média da FESP/SUS n. 7 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso.....	62
Figura 16 – Média da FESP/SUS n. 7 em relação à média da função 7 em todos os casos. ....	64
Figura 17 – Média da FESP/SUS n. 8 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	65
Figura 18 – Média da FESP/SUS n. 8 em relação à média da função 8 em todos os casos. ....	68
Figura 19 – Média da FESP/SUS n. 9 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	69
Figura 20 – Média da FESP/SUS n. 9 em relação à média da função 9 em todos os casos. ....	71
Figura 21 – Média da FESP/SUS n. 10 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	72
Figura 22 – Média da FESP/SUS n. 10 em relação à média da função 10 em todos os casos. ....	74
Figura 23 – Média da FESP/SUS n. 11 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso. ....	75
Figura 24 – Média da FESP/SUS n. 11 em relação à média da função 11 em	

todos os casos. ....	77
Figura 25 – Avaliação dos indicadores da área de capacidade institucional e infraestrutura em relação à média das funções. ....	78
Figura 26 – Avaliação dos indicadores da área de cooperação e apoio técnico aos municípios. ....	79
Figura 27 – indicadores da área de resultados e processos chaves.....	80

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Os componentes das 11 FESP/SUS.....	23
Quadro 2 – Indicadores da área de capacidade institucional e infraestrutura.....	27
Quadro 3 – Indicadores da área de cooperação e apoio técnico aos municípios.....	27
Quadro 4 – Indicadores da área de resultados e processos chave.....	28
Quadro 5 – Matriz analítica para a avaliação do desempenho das 11 funções essenciais de saúde pública na gestão estadual do SUS.....	35
Quadro 6 – Classificação das FESP/SUS de acordo com a posição de cada uma em relação à média geral das 11 funções em cada caso.....	39
Quadro 7 – Posição das Funções em relação à média geral.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	Centro para o Controle de Doenças dos Estados Unidos
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
Citec	Comissão de Incorporação de Tecnologias
CLAISS	Centro Latino-Americano de Investigação em Sistemas de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional e Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Decit	Departamento de Ciência e tecnologia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FESP	Funções de Saúde Pública
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
Lacen	Laboratórios Estaduais de Saúde Pública
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
Noas	Normas Operacionais da Assistência
NOBS	Norma Operacional Básica
NPHPSP	Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
Participasus	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
Progesus	Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS
PS	Promoção da Saúde
REBRATS	Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde
RH	Recursos Humanos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## **PRIMEIRAS PALAVRAS**

Müller Neto afirmou, em sua tese de doutorado, que as “questões e problemas que acabam sendo transformados em projetos e teses são aquelas que têm sua origem nas inquietações dos sujeitos” (MÜLLER NETO, 2012, p.19).

Assim, a proposta de estudar no mestrado profissionalizante a aplicação das funções de saúde pública (FESP/SUS) na gestão estadual do sistema de saúde brasileiro guarda coerência com o trabalho que tenho desenvolvido nos últimos oito anos e as inquietações por ele levantadas. Inquietações advindas da vivência profissional no sistema público de saúde há mais de 20 anos, da crença pessoal na necessidade de fortalecer a instância estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), à qual tenho me dedicado nos últimos 10 anos de trabalho junto ao Conass e da necessidade de avaliação das FESP/SUS como demanda do cotidiano desse trabalho.

Meu envolvimento com as FESP teve início ainda nas negociações com a Opas para sua adaptação à realidade brasileira. O processo de adaptação foi extremamente rico e proporcionou grande aprofundamento teórico sobre as funções da gestão estadual do SUS e a sua aplicação nos estados permitiu melhor compreensão da realidade das secretarias estaduais de saúde. Assim, essa pesquisa não é isenta de neutralidade e foi grande a dificuldade de distanciamento do objeto de estudo, para melhor avaliá-lo.

Também, a oportunidade de desenvolver essa pesquisa me pareceu um bom exercício para um mestrado profissionalizante que, como modalidade de formação, busca enfrentar um problema proposto pelo campo profissional de atuação do aluno, utilizando o conhecimento existente para equacionar o problema.

E é para esse encontro do “serviço” com a “Academia” que convido para leitura.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1 A TRAJETÓRIA DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS E BRASIL .....	16
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
4.1 A MÉDIA GERAL DO DESEMPENHO DE CADA FUNÇÃO EM RELAÇÃO À MÉDIA GERAL DAS 11 FUNÇÕES EM CADA CASO.....	37
4.2 A MÉDIA GERAL DO DESEMPENHO DAS FUNÇÕES NO CONJUNTO DOS CASOS E A POSIÇÃO DOS 47 INDICADORES EM RELAÇÃO À MÉDIA GERAL DE CADA CASO.....	41
4.3 A REPRESENTAÇÃO DOS INDICADORES AGREGADOS POR ÁREA DE AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO.....	78
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>8 ANEXOS.....</b>	<b>89</b>
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CONASS PARA UTILIZAÇÃO DA BASE DE DADOS OFICINAS DE AUTOAVALIAÇÃO DAS FESP/SUS REALIZADAS NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2011.....	89
ANEXO B – PROCESSO DE ANÁLISE DE PROCESSO DE PESQUISA – UNB ...	90

## 1 INTRODUÇÃO

As Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) são fruto de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), na década de 1990, conhecida com “A Saúde Pública nas Américas”, fundamentada na importância de fortalecer as funções essenciais que competem ao Estado na perspectiva de melhorar a prática de saúde pública e construir instrumentos capazes de avaliar a situação dos sistemas, identificando áreas críticas e reforçando a liderança das autoridades sanitárias em relação ao sistema de saúde (OPAS, 2002).

Em 2003, o Conass, em parceria com a Opas e o Ministério da Saúde, procedeu à adaptação das FESP para a realidade da gestão estadual do SUS, introduzindo nova modalidade de cooperação com as SES, ao propor e implementar novas práticas e tecnologias avaliativas. Segundo o Conass as funções essenciais da saúde pública, reconceituadas e adequadas ao SUS, passaram a denominar-se FESP/SUS e ganharam espaço privilegiado nesta linha de trabalho com os estados, estabelecendo um processo particularizado e próprio de cooperação, com respeito aos processos internos da SES, sua história e cultura organizacional, valorizando o conhecimento acumulado do seu corpo técnico assim como sua capacidade e autonomia institucional. (CONASS, 2007),

### 1.1 A TRAJETÓRIA DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA NAS AMÉRICAS E BRASIL

No escopo da iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” e objetivando fortalecer as Funções Essenciais de Saúde Pública, foram elaboradas categorias operacionais que permitiram à Opas desencadear nos países das Américas uma avaliação dos processos de transformação do setor saúde, tanto por parte do Estado como da Sociedade Civil, e para tanto, vários projetos foram desenvolvidos destacando-se a elaboração de um instrumento para avaliação do exercício das Funções Essenciais de Saúde Pública e a para a condução de uma avaliação da prática da saúde pública em cada país das Américas, medindo o nível e o desempenho das suas funções essenciais (MUNÓZ *et al.*, 2000).

Para o alcance destes objetivos a Opas contou com o apoio de um conjunto de especialistas da própria organização, do Centro para o Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e do Centro Latino-Americano de Investigação em Sistemas de Saúde (CLAISS), utilizando-se de um estudo Delphi da Organização Mundial da Saúde (OMS) para redefinir o conceito de função essencial e atingir um consenso internacional em relação às características centrais dessas funções, inicialmente para apoiar a atualização da política Saúde para Todos no ano 2000 (OPAS, 2002).

Foram consultados 145 peritos em Saúde Pública de diferentes nacionalidades em três etapas consecutivas, que definiram inicialmente nove funções essenciais. Paralelamente, nos Estados Unidos um comitê, liderado pelo Escritório para a Prática da Saúde Pública e pelo Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde do CDC, aprovou em 1994 o documento “A Saúde Pública nos Estados Unidos da América”, identificando a visão, missão e objetivos da saúde pública, definindo os 10 serviços essenciais de saúde pública que deram origem ao Programa Nacional de Padrões de Desempenho da Saúde Pública (NPHPSP) (OPAS, 2002).

Para a definição das FESP para a Região das Américas o grupo de trabalho encarregado da iniciativa buscou pontos de convergência entre os diversos enfoques da NPHPSP, da OMS e de outras discussões e avanços da própria Opas e elaborou o primeiro esboço de um instrumento para a avaliação do desempenho das FESP, que apresentava a definição de cada uma das funções essenciais, assim como os indicadores e padrões para a avaliação do desempenho das mesmas (OPAS, 2002).

Esse esboço foi difundido a diferentes grupos de especialistas e profissionais de saúde pública em um processo que culminou com a definição das funções essenciais de saúde pública como condições para melhorar a prática da saúde, adotando para o seu fortalecimento a definição de indicadores e padrões para a avaliação do seu desempenho, tornando a sua prática consistente, e identificando as capacidades institucionais necessárias para seu desempenho geral, utilizando-se de uma metodologia que inclui as funções estruturantes, garantindo assim, a boa prática e o funcionamento adequado das diferentes áreas de sua atuação (OPAS, 2002).

O instrumento, contendo onze funções, indicadores e “medidas e submedidas” para cada deles, foi validado posteriormente em quatro países da

Região (Bolívia, Colômbia, Jamaica e Chile), com grupos de informantes-chave que incluíram diretores dos diferentes níveis da autoridade sanitária (central, intermediário e local), acadêmicos e representantes de associações de Saúde Pública ou de outras instituições afins.

Após a validação o instrumento foi aperfeiçoado e concluiu-se por 11 funções como essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas:

1. Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população.
2. Vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na Saúde Pública.
3. Promoção da saúde.
4. Participação dos cidadãos na saúde.
5. Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em Saúde Pública.
6. Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em Saúde Pública.
7. Avaliação e promoção ao acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários.
8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em Saúde Pública.
9. Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos.
10. Investigação essencial para o desenvolvimento e a implementação de soluções inovadoras em Saúde Pública.
11. Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

A publicação, na íntegra, das funções essenciais e a do processo de aplicação nos países das Américas, com seus respectivos resultados, podem ser encontradas no livro “La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción” (OPAS, 2002).

Na mesma época que a iniciativa “A Saúde Pública nas Américas” era desenvolvida pela Opas o Brasil passava por profundas mudanças. Na área da saúde, a institucionalização do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988 criou o Sistema Único de Saúde. As Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 atribuíram responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios e definiram as competências das três esferas de governo na gestão dos sistemas de saúde (municipal, estadual e federal), ficando o município como ator principal na execução e gerenciamento dos serviços

de saúde. Foram definidas atribuições comuns<sup>i</sup> e específicas<sup>ii</sup> aos três entes federativos e para a gestão integrada desse novo sistema foram instituídos órgãos de gestão colegiada, as Comissões Intergestores, Tripartite (CIT) em nível nacional e Bipartites (CIB) nos estados (BRASIL, 1990a e BRASIL, 1990b).

O artigo 17 da Lei n. 8.080/90 delineou as competências da Gestão Estadual do SUS e apesar da definição das atribuições das três esferas de governo, o fato de haver um grande número de competências concorrentes favoreceu uma grande faixa cinzenta de indefinições entre elas (CONASS, 2007), relacionadas fundamentalmente com as características do federalismo brasileiro no qual União, estados e municípios são entes federativos com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica e com a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país (SOUZA, 2002).

As mudanças organizacionais ocorridas no sistema público de saúde brasileiro na década de 90 retiraram as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da linha de frente da prestação de serviços, gerando uma grande indefinição, na grande maioria das SES, em relação ao seu novo papel e suas atribuições, o que evidenciou, em muitas delas, uma crise de governabilidade em decorrência de sua baixa capacidade institucional, que teve como principal consequência um vazio político e técnico ocorrido na maioria dos estados brasileiros no processo de municipalização, o que tornou frágil a articulação e coordenação dos sistemas estaduais e das redes de serviços para além da responsabilidade municipal (CONASS, 2007).

Essa não foi uma prerrogativa do setor saúde, Abrucio e Gaetani (2006, p. 4) afirmam que o novo cenário de relações intergovernamentais com a municipalização de várias políticas públicas nas duas últimas décadas, retirou os governos estaduais da execução direta de diversos serviços, dando-lhes o papel de coordenação, financiamento suplementar ou de ação conjunta junto ao poder local – “tarefas que ainda não foram completamente digeridas pelos estados”.

No final da década de 1990 as sucessivas crises da assistência nos municípios de grande porte, a pressão da demanda por serviços de maior complexidade e ainda, as exigências efetuadas pelos municípios de pequeno e médio porte para garantir as referências especializadas para as necessidades da

---

<sup>i</sup> Art. 15 da Lei n. 8.080/1990

<sup>ii</sup> Art. 16, 17 e 18 da Lei n. 8.080/1990.

sua população, demonstraram o esgotamento do modelo de descentralização em curso, uma vez que os municípios, em que pese a conquista de maior autonomia de gestão, esbarram na limitação dos recursos financeiros destinados a responderem às questões de saúde (GERSCHMAN, 2004).

Tem início, então, diferentes iniciativas em torno da regionalização da saúde, que recolocaram as SES no papel estratégico de coordenação dos sistemas estaduais e regionais de saúde (CONASS, 2007). As Normas Operacionais da Assistência – Noas 01/2001 e 01/2002 – retomaram a regionalização e estimularam o fortalecimento do papel das secretarias estaduais de saúde para que elas assumissem a coordenação da regionalização da assistência. Viana afirma que na década de 2000 tem início um novo ciclo de políticas visando à regionalização, com a edição de novas normas pelo Ministério da Saúde, ciclo este que se fortalece em 2006, com a pactuação e instituição do Pacto da Saúde, que elegeu a regionalização um dos seus pilares fundamentais (VIANA, 2008).

Neste cenário a Opas propôs ao Brasil a realização da avaliação das Funções essenciais de saúde pública da autoridade sanitária federal, que foi realizada em 2002, apesar das críticas de alguns setores da academia brasileira que consideraram que essa proposta estava aquém daquela elaborada pela reforma sanitária brasileira. Aproximadamente sessenta profissionais selecionados e convocados pelo Ministério da Saúde entre servidores, acadêmicos e outros especialistas em saúde participaram dessa avaliação que teve um relatório final elaborado, mas não publicado formalmente (SILVESTRE, 2007).

Em 2003, visando apoiar de forma mais efetiva a ampliação da capacidade de intervenção das SES para que elas se estabelecessem como atores na condução da política estadual e da regionalização da saúde, o Conass propôs a adoção da avaliação das funções essenciais de saúde pública da gestão estadual do SUS, tomando como referencia suas macro funções, complementando assim a avaliação de projetos e programas setoriais já existentes no SUS, buscando identificar, analisar e refletir acerca das áreas consolidadas neste âmbito de gestão, assim como as suas principais dificuldades.

Neste ponto é importante abordar rapidamente a avaliação em saúde, não na sua vertente conceitual, mas na ótica de sua institucionalização no Brasil pelas instâncias gestoras do SUS. Vários autores tem apontado o progressivo desenvolvimento da avaliação no Brasil (PAIM, 2005), bem como a necessidade de

sua institucionalização no SUS. (BARROS, 2011; FELISBERTO, 2006; HARTZ, 2012).

Barros (2011, p. 5) destaca a prodigiosidade dos gestores do SUS em lançar novas políticas e estratégias em contraposição à incapacidade desses mesmos gestores em prever e de promover avaliações sistemáticas e metodologicamente corretas:

[...] saliento um elemento sobre o qual têm incidido os holofotes nos últimos tempos: a avaliação. Somos pródigos em lançar novas políticas, novas estratégias, novo isso, novo aquilo, mas somos incapazes de prever e de promover avaliações sistemáticas e metodologicamente corretas no sentido de enxergar se estamos ou não no caminho certo; se será possível alcançar as metas pretendidas; se devemos reformular alguma coisa ou se devemos insistir com o que já estamos fazendo... Se por um lado a cultura da avaliação ainda não está suficientemente disseminada em nosso meio, apesar dos anos em que já ouço tal afirmação, é fato que temos ainda poucas pessoas suficientemente qualificadas para fazê-la. Entretanto, a avaliação é algo fundamental para que as políticas públicas possam ser convenientemente monitoradas e focadas nos resultados pretendidos, corrigindo-se equívocos, ajustando estratégias, inovando e aperfeiçoando estratégias para a consecução dos objetivos. (BARROS, 2011. p. 5)

Felisberto, afirma que institucionalizar a avaliação significa incorporá-la à rotina das instituições de saúde, como demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão de suas políticas e/ou programas. Segundo o autor, fomentar a “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, associando as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos (FELISBERTO, 2006).

Para Hartz há evidências publicadas recentemente na literatura internacional sobre a necessidade de se ter dispositivos institucionais, como mecanismos de regulação, indispensáveis para se avaliar programas públicos que orientem a tomada de decisões. A autora afirma também que existe amplo consenso de que as políticas públicas devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, como parte da rotina da gestão, que deve adaptar-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas, esta ideia se traduz na necessidade de se utilizar a avaliação (HARTZ, 2012).

Com o entendimento de que a avaliação das FESP/SUS poderia contribuir para a institucionalização da avaliação nas SES, fortalecendo sua capacidade de

gestão teve início uma profunda reformulação dos conceitos, métodos e instrumentos da proposta das FESP originais, adequando-os para a esfera estadual do SUS. Isso significa afirmar que as FESP/SUS estão pensadas para o papel e as atribuições desse nível de gestão do sistema, mas não esgotam o conjunto de atribuições e funções dessa esfera de gestão como, por exemplo, a gestão de recursos e da rede de serviços de referência além do cofinanciamento do sistema, porém a gestão estadual do SUS tem o papel fundamental de garantir seu bom desempenho, na medida em que são algumas de suas responsabilidades e atribuições mais relevantes como autoridade sanitária estadual.

Conforme descrito na publicação “A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais” (CONASS, 2007), que apresenta detalhadamente a proposta de adaptação e sua implementação, o instrumento de autoavaliação tem como núcleo central a definição para cada função de um conjunto de indicadores que determinam o seu desempenho. Cada função possui um conjunto de definições que fundamentam a formulação dos indicadores, contendo noções, conceitos, conteúdos e responsabilidades, caracterizando assim, as condições e capacidades necessárias a serem atingidas pela autoridade sanitária estadual, avaliada nos diversos campos de sua atuação. Essas capacidades são a base para a composição dos indicadores e suas respectivas perguntas, usadas para medi-las. Cada indicador incorpora um conjunto de padrões que delimitam o ótimo razoável. Para avaliação de cada indicador foram criadas as perguntas verificadoras cuja função é enunciar uma questão geral que serve como guia para as perguntas específicas, denominadas de perguntas e subperguntas, permitindo um aprofundamento de cada indicador que é detalhado em forma de questões centrais e específicas e tem um modelo lógico constituído por indicadores, perguntas-mãe, perguntas e subperguntas. No conjunto, o instrumento dispõe de onze funções e quarenta e sete indicadores:

- Função Essencial n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado.
- Função Essencial n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.
- Função Essencial n. 3: Promoção da saúde.
- Função Essencial n. 4: Participação social em saúde.

- Função Essencial n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde.
- Função Essencial n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.
- Função Essencial n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- Função Essencial n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.
- Função Essencial n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.
- Função Essencial n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.
- Função Essencial n. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

O quadro 1 apresenta os componentes de cada função, que são a base para a elaboração dos indicadores e suas perguntas verificadoras.

**Quadro 1 – Os componentes das 11 FESP/SUS**

continua

Função	Componentes
FESP/SUS n. 1 – Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado	Avaliação atualizada da situação, de tendências e determinantes de saúde do Estado, com ênfase na identificação de desigualdades nos riscos, nos danos e no acesso aos serviços de saúde; identificação das necessidades de saúde da população, incluindo a avaliação dos riscos de saúde e a demanda por serviços de saúde; manejo de estatística vital e da situação específica de grupos de especial interesse ou maior risco; geração de informação qualificada para a avaliação do desempenho dos sistemas e dos serviços de saúde; a identificação e a articulação de atores setoriais e extra-setoriais que forneçam subsídios para o monitoramento; desenvolvimento de tecnologia, experiência e métodos para manejo, interpretação e comunicação da informação aos responsáveis da saúde no Estado (incluindo atores setoriais e extra-setoriais, prestadores de serviços e cidadãos) e definição e o desenvolvimento de instâncias de avaliação da qualidade e da correta análise dos dados coletados.

**Quadro 1 – Os componentes das 11 FESP/SUS**

continuação

Função	Componentes
FESP/SUS n. 2 – Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde	Capacidade para coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador; capacidade para executar em caráter suplementar as ações de vigilância e investigação de surtos epidêmicos de doenças emergentes e situação de risco e, em caráter complementar, investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória; existência de área de vigilância ambiental estruturada capaz de coordenar no âmbito do estado o desenvolvimento de ações para o controle de doenças transmitidas por vetores e riscos à exposição de substâncias tóxicas e condições ambientais nocivas à saúde; existência de infraestrutura central para coordenar a implantação da vigilância à saúde do trabalhador e das doenças e agravos não-transmissíveis no âmbito do estado; capacidade de coordenar ações de vigilância sanitária relacionadas a estabelecimento de padrões e controle sobre produtos e serviços; capacidade de coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento, supervisão e avaliação das unidades partícipes; fortalecimento da capacidade de vigilância no nível local para suscitar respostas rápidas voltadas ao controle de problemas de saúde ou riscos específicos; realização de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, sanitária e ambiental e o desenvolvimento de programas e ações de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador capazes de identificar precocemente doenças e agravos de risco à saúde
FESP/SUS n. 3 – Promoção da saúde	Estímulo a mudanças nos estilos de vida e nas condições do trabalho e do ambiente para facilitar o desenvolvimento de “cultura e práticas saudáveis de saúde”; fortalecimento de alianças intersetoriais e a identificação de recursos para tornar as ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida mais efetivas; avaliação do impacto das políticas públicas em saúde; desenvolvimento das ações de educação, informação e comunicação social para promover condições, estilos de vida, condutas e ambientes saudáveis e a reorientação do sistema e dos serviços de saúde para o desenvolvimento de modelos de atenção com ênfase na promoção da saúde.
FESP/SUS n. 4 – Participação social em saúde	Desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da comunidade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões que afetam sua saúde e seu acesso a serviços adequados de saúde e apoio e o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências de Saúde) e outras formas de controle social na proposição, na deliberação e na fiscalização da política estadual de saúde.
FESP/SUS n. 5 – Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde	Formulação de políticas de saúde, em todos os níveis, mensuráveis e consistentes com os princípios da equidade e da universalidade; desenvolvimento e o monitoramento da implementação de políticas de saúde, por meio de instrumentos pactuados e de processo participativo coerentes com o contexto político e econômico no qual essas políticas ocorram; a capacidade institucional para a gestão pública dos sistemas de saúde, a exemplo do planejamento estratégico e de outras metodologias pactuadas entre gestores, com

**Quadro 1 – Os componentes das 11 FESP/SUS**  
continuação

Função	Componentes
	ênfase nos processos de construção, implementação e avaliação de iniciativas para resolver os problemas de saúde da população; desenvolvimento de competências para a tomada de decisões, baseadas em evidências, incorporando o planejamento e a avaliação, a capacidade de liderança, a comunicação efetiva, o desenvolvimento organizacional e a gestão de recursos e o desenvolvimento da capacidade de gestão para a cooperação técnica com os municípios, as instituições formadoras de recursos humanos, de ciência e tecnologia, o Ministério da Saúde e organismos internacionais.
FESP/SUS n. 6 – Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.	Capacidade para desenvolver e implantar o marco regulatório no âmbito do Estado; capacidade de gerar novas leis e regulamentações para assegurar a qualidade dos serviços de saúde e promover ambientes saudáveis e a proteção dos cidadãos em suas relações com o sistema de saúde e a execução de fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos para garantir o cumprimento da regulamentação de forma oportuna, correta, consistente e completa
FESP/SUS n. 7 – Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	Promoção e a garantia da equidade no acesso efetivo de todos os cidadãos aos serviços de saúde; desenvolvimento de ações para superar barreiras de acesso às intervenções de prevenção e promoção da saúde e para garantir o acesso aos serviços de assistência à saúde, até mesmo com medidas de discriminação positiva, a fim de reduzir as iniquidades; monitoramento e a avaliação do acesso aos serviços de saúde ofertados por prestadores públicos e/ou privados, adotando um enfoque que permita reduzir a desigualdade na oferta dos serviços entre as regiões do estado e os municípios e a coordenação do sistema estadual de saúde com o desenvolvimento de estratégias de organização de redes em estreita colaboração com os Municípios para promover a garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
FESP/SUS n. 8 – Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos (RH), inclui o diagnóstico da situação dos RH em saúde no estado.	Educação, a capacitação e a avaliação de RH em saúde para qualificação de gestão, gerência e prestação de serviços no SUS; formação de parcerias com instituições de ensino para a implementação e a reorientação de programas de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento que garantam desempenhar com eficiência a gestão, a gerência e a prestação de serviços no SUS; desenvolvimento da capacidade institucional para a administração de RH; a formação ética dos RH em saúde, com ênfase em princípios e valores como solidariedade, equidade, respeito à dignidade das pessoas e conhecimento do marco legal que rege o SUS e o apoio e a cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento da educação permanente.
FESP/SUS n. 9 – Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.	Desenvolvimento de sistemas de avaliação e melhoria de qualidade; o estabelecimento de normas relativas às características primárias que os sistemas de garantia devem ter; melhoria de qualidade; e a supervisão do cumprimento de serviços pelos prestadores responsáveis; a definição, a divulgação, a explicação e a garantia dos direitos dos usuários; existência de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabora no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribui para melhorar sua qualidade; a utilização da metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade e a existência de sistemas de avaliação da satisfação dos usuários e o uso dessa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

**Quadro 1 – Os componentes das 11 FESP/SUS**  
conclusão

Função	Componentes
FESP/SUS n. 10 – Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, consonante com a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTI/S), integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS; implementação e desenvolvimento de soluções inovadoras, em saúde, cujo impacto possa ser medido e avaliado e o estabelecimento de vínculo com institutos de pesquisa e instituições acadêmicas para realizar oportunamente estudos que apoiem a tomada de decisões na gestão estadual.
FESP/SUS n. 11 – Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde.	Construção de um consenso interno à gestão estadual do SUS com respeito à necessidade de se desencadear um processo de organização e coordenação do sistema estadual de Atenção à Saúde; a formulação e a implementação de políticas voltadas a promover a mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS estadual; o desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual, incluindo a execução dos investimentos necessários à promoção da equidade na distribuição dos serviços, a coordenação do processo de programação pactuada entre gestor estadual e gestores municipais a fim de otimizar a oferta de serviços de saúde nas diversas regiões do estado, a implantação de mudanças organizacionais no processo de trabalho realizado nas unidades de saúde com vistas à melhoria de qualidade e efetividade e humanização das ações e dos serviços, bem como da satisfação dos trabalhadores e dos usuários do SUS e o apoio técnico aos municípios para a melhoria de sua capacidade de gestão dos sistemas municipais de saúde, tendo em vista a construção do modelo de atenção integral à saúde.

O instrumento de autoavaliação organiza os 47 indicadores em três diferentes áreas, a saber: capacidade institucional e infraestrutura, referente às condições humanas, tecnológicas, de conhecimento e de recursos necessárias para o ótimo desempenho das funções; resultado e processos-chaves, que se refere à eficácia (resultados) e à eficiência (processos) com que são realizadas as funções e cooperação e apoio técnico aos municípios, referente à capacidade para apoiar os municípios ou transferir-lhes competências a fim de fortalecer o exercício descentralizado da gestão do sistema de saúde, cujos resultados identificam as áreas a serem fortalecidas, utilizando como referencia a média obtida pelo conjunto de seus indicadores, conforme detalhamento apresentado nos Quadros 2 a 4.

**Quadro 2 – Indicadores da área de capacidade institucional e infraestrutura**

N. da função	N. do Indicador	Descrição do Indicador
1	1.3	Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde.
1	1.4	Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde.
2	2.2	Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.
2	2.3	Capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública.
5	5.3	Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde.
5	5.4	Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual.
6	6.3	Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório.
7	7.2	Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde.
8	8.2	Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no Estado.
9	9.3	Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.
10	10.2	Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.

**Quadro 3 – Indicadores da área de cooperação e apoio técnico aos municípios**

N. da função	N. do Indicador	Descrição do Indicador
1	1.5	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde.
2	2.5	Cooperação e apoio técnico aos Municípios.
3	3.5	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.
4	4.3	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde.
5	5.5	Cooperação técnica com os Municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS.
6	6.4	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização.
7	7.4	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
8	8.5	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos.
9	9.4	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.
10	10.3	Cooperação e apoio técnico aos Municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde.
11	11.4	Cooperação e apoio técnico aos Municípios para o desenvolvimento da regionalização e da descentralização no âmbito do estado.

**Quadro 4 – Indicadores da área de resultados e processos chave**

continua

N. da função	N. do Indicador	Descrição do Indicador
1	1.1	Instrumentos e processos de monitoramento e análise da situação de saúde.
1	1.2	Avaliação da qualidade da informação em saúde.
2	2.1	Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde.
2	2.4	Resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde.
3	3.1	Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.
3	3.2	Formação de alianças setoriais e intersetoriais para a promoção da saúde.
3	3.3	Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde.
3	3.4	Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.
4	4.1	Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde.
4	4.2	Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.
5	5.1	Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.
5	5.2	Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.
6	6.1	Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório.
6	6.2	Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do Estado as leis e as normas do SUS.
7	7.1	Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde.
7	7.3	Instrumentos e mecanismos políticos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
8	8.1	Análise da situação da força de trabalho em saúde no Estado.
8	8.3	Formação e pós-graduação em saúde.
8	8.4	Administração de Recursos Humanos da rede pública no Estado.
9	9.1	Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.
9	9.2	Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.
10	10.1	Desenvolvimento de uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.
11	11.1	Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde.
11	11.2	Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.
11	11.3	Coordenação da programação pactuada, do controle, avaliação e regulação das ações e serviços de saúde no âmbito estadual.

Além da adaptação do instrumento de avaliação, foram propostos procedimentos metodológicos para a operacionalização da avaliação das Funções Essenciais na gestão estadual, entre eles a adesão à proposta pelo Gestor Estadual do SUS, a seleção dos participantes, a distribuição das funções por grupos, a técnica de consenso para resposta coletiva do instrumento e a programação e dinâmica da oficina de autoavaliação que é realizada em três dias consecutivos, a

partir da formação de três grupos de trabalho, constituídos de participantes escolhidos pelo Gestor Estadual e sua equipe gestora.

Participam da autoavaliação entre 45 e 60 profissionais, técnicos das SES e atores externos às secretarias estaduais de saúde, mas integrantes fundamentais da gestão estadual do SUS, entre eles representantes do Conselho Estadual de Saúde, dos gestores municipais de saúde e de instituições de ensino de abrangência estadual, tais como universidades, escolas de saúde pública e escolas técnicas de saúde. Por meio de uma metodologia de avaliação participativa, a resposta ao instrumento é um processo coletivo, baseado na busca do consenso diante de cada questão, o que permite àqueles que têm opiniões diferentes sobre um tema ou atividade prestar sua contribuição e, assim, estimular o debate e a reflexão do grupo. A troca de informação entre os participantes das diversas áreas é um ponto forte do processo. (CONASS, 2007)

A participação na autoavaliação de atores externos às secretarias estaduais de saúde deve ser destacada como um importante diferencial da proposta metodológica das FESP/SUS, pois impossibilitou a comparação dos resultados alcançados com a aplicação do Instrumento em cada estado, primeiro porque vincula definitivamente a avaliação a um contexto: cada secretaria é única, com dimensões, problemas e atores diferentes, depois porque a avaliação feita pelos participantes da oficina embute no processo alto grau de subjetividade com relação ao alcance dos padrões definidos pelo Conass.

A análise aprofundada da proposta das FESP/SUS, tanto em seus aspectos conceituais como metodológicos permite afirmar que a autoavaliação das FESP/SUS se dá por triangulação de métodos, técnica de avaliação que segundo MINAYO (2005) integra a análise das estruturas, processos e resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão de outros atores sobre todo o projeto, constituindo-se em um importante instrumento de democratização da informação. Os principais produtos gerados, como destacam as secretarias estaduais que realizaram a avaliação e o próprio Conass, referem-se a construção de uma linha de consenso nas equipes estaduais quanto aos principais conceitos, responsabilidades e operacionalização das funções essenciais no SUS e o aprimoramento técnico dessas equipes na implantação ou implementação de novas práticas de gestão participativa, permitindo a apropriação de metodologia participativa de avaliação e contribuindo para o fortalecimento da gestão estratégica

e seus atores. O resultado final da autoavaliação de cada estado apresenta insumos e subsídios para reformulação do orçamento da Agenda de Prioridades e do Plano Estadual de Saúde, a partir da identificação de áreas problemáticas da gestão e da reorientação das prioridades para a cooperação técnica do estado com os municípios (CONASS, 2007).

Para apoiar a gestão estadual no enfrentamento dos problemas revelados a partir da avaliação das FESP/SUS, o Conass desenvolveu uma iniciativa inovadora denominada “Agenda de Fortalecimento das Funções Essenciais na Gestão Estadual”, que serviu de orientação para a tradução dos resultados da avaliação e a formulação de objetivos e ações para o enfrentamento dos problemas identificados. A proposta metodológica do fortalecimento e elaboração da agenda incorpora um conjunto de dirigentes e técnicos da SES de diferentes áreas da gestão estadual, além de outros atores da gestão estadual, na perspectiva da gestão participativa, o que enriquece o processo de explicação dos problemas e definição dos objetivos.

Neste sentido a avaliação do desempenho, tendências e do comportamento das 11 FESP/SUS, nesta pesquisa se reveste de fundamental importância para orientar ações futuras que possibilitem o fortalecimento dessas funções, da gestão estadual e do próprio sistema de saúde, como um todo.

## 2 OBJETIVOS

**Geral:** Analisar as onze Funções Essenciais de Saúde Pública, com vistas a verificar seu desempenho, tendências e o comportamento das funções e dos indicadores internos nas quinze secretarias, no período de 2005 a 2011, identificando-se fragilidades, fortalezas, convergências e singularidades no seu desempenho.

**Específicos:**

- Analisar o desempenho, tendências e o comportamento das 11 FESP/SUS nas 15 Secretarias Estaduais de Saúde que realizaram o processo de autoavaliação.
- Identificar potencialidades, fragilidades, convergências e singularidades no desempenho das 11 FESP/SUS na gestão do SUS.
- Construir uma matriz analítica das 11 FESP/SUS a ser disponibilizada ao Conass e aos gestores estaduais do SUS.

## 5 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de múltiplos casos, que segundo Yin (2001) visa compreender fenômenos sociais complexos, inseridos num contexto da vida real, pouco controle sobre a realidade, descritivo, de natureza quali quantitativa, onde as duas naturezas numa pesquisa científica são combinadas e tanto a abordagem positivista, quanto a fenomenológica são utilizadas, aproveitando-se o que há de melhor em cada uma delas (ARAÚJO e OLIVEIRA, 1997).

Com relação aos aspectos quantitativo e qualitativo, Richardson considera que se podem identificar “três instâncias de integração entre ambos os métodos; no planejamento da pesquisa, na coleta dos dados e na análise da informação”. Esse estudo parece aproximar-se da segunda associação, pois é esperado que na análise da informação, a coleta de dados estatísticos realizada previamente possa contribuir para verificar informações e reinterpretar observações qualitativas (RICHARDSON, 1989, p. 47-48).

Já o uso da abordagem qualitativa, segundo Minayo tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática, possibilitando captar a subjetividade dos sujeitos inseridos no contexto social no qual as relações se estabelecem. A autora afirma que essa abordagem

[...] permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pelo empirismo e pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2010, p. 37).

Os sujeitos da pesquisa foram as 27 Secretarias Estaduais de Saúde, considerando-se como critério de inclusão a adesão voluntária do gestor estadual ao projeto e realização da oficina de autoavaliação das FESP/SUS no período de 2005 a 2011, excluindo aquelas que realizaram uma segunda autoavaliação no mesmo período.

Os dados foram coletados da base de dados secundários do Conass, das avaliações realizadas no período de setembro de 2005 a dezembro de 2011, nos

estados do Acre, Amapá, Bahia, Ceara, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins, disponibilizados a essa pesquisadora pelo Conass, sistematizados em planilhas de excel. Nesta pesquisa a identificação das secretarias foi definida de forma aleatória, utilizando os códigos **S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 e S15**.

Metodologicamente, é importante destacar que, considerando que o processo de autoavaliação das FESP/SUS envolve atores com diferentes perfis, experiências profissionais e graus de exigência, atuando em realidades muito diversas entre si, como são as secretarias estaduais de saúde, a proposta metodológica das FESP/SUS adotada tanto pelo Conass, como por esta pesquisadora, não tem como objetivo comparar desempenho entre secretarias, mas servir de subsidio para análises e reflexões mais elaboradas sobre as áreas fortes e frágeis da gestão estadual no âmbito do SUS, assim como das suas principais dificuldades. As análises, quando comparativas, são apenas para elucidar as tendências e o comportamento das funções e indicadores internos as secretarias, ou seja, a percepção dos atores sobre o desempenho das diferentes funções da gestão estadual.

Para análise, os resultados da autoavaliação das onze Funções Essenciais de Saúde Pública foram organizados em três categorias analíticas, usando como referencia avaliação similar, realizada pelo Conass em 2007 nas 5 primeiras SES que realizaram a autoavaliação.

1. **A média geral do desempenho de cada função em relação à média geral das 11 funções em cada caso e no conjunto dos casos:** a média de cada uma das 11 FESP/SUS alcançada por cada caso foi comparada à média geral das 11 FESP/SUS do próprio caso, ou seja, a média da FESP/SUS n. 1 no caso 1, foi comparada à média geral das 11 funções do caso 1, a média da FESP/SUS n. 1 no caso 2, foi comparada à média geral das 11 funções do caso 2 e assim sucessivamente. Tal opção foi feita em respeito ao contexto em que cada avaliação foi realizada, conforme referido anteriormente. Na variação da pontuação das funções essenciais em cada caso, foi possível verificar a posição da função em relação a media da SES, identificando aquelas com posição abaixo e acima desta média. No conjunto dos 15 casos, para ser considerada uma fortaleza da gestão

estadual do SUS cada função deve ter sido avaliada acima da média por, no mínimo 8 casos.

2. **A posição dos quarenta e sete indicadores em relação a média de cada função, em cada caso e no conjunto dos casos:** A análise dos 47 indicadores foi realizada considerando a identificação daqueles acima e abaixo da média obtida pela função à qual ele se relaciona, ou seja, os indicadores da função 1, foram comparados à média da função 1 em cada caso (caso 1 – indicador 1.1 – média da FESP/SUS n. 1). Indicadores abaixo da média geral da função em foram considerados fragilidades e acima, fortalezas. No conjunto dos casos, para ser considerado uma fortaleza da função cada indicador deve ser sido avaliado acima da média por, no mínimo, 8 casos.

3. **A representação dos indicadores agregados por área de avaliação/intervenção:** análise da frequência de indicadores avaliados como fortalezas e fragilidades para o exercício de cada função segundo agregação proposta no instrumento de autoavaliação, nas áreas de capacidade institucional e infraestrutura (indicadores 1.3; 1.4; 2.2; 2.3; 3.4; 5.3; 6.3; 7.2; 8.2; 9.3 e 10.2); desenvolvimento da cooperação e apoio técnico aos municípios, (indicadores 1.5; 2.5; 3.5; 4.3; 5.5; 6.4; 7.4; 8.5; 9.4; 10.3. e 11.4) e cumprimento de resultados e processos-chave (indicadores 1.1; 1.2; 2.1; 2.4; 3.1; 3.2; 3.3; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 5.4; 6.1; 6.2; 7.1; 7.3; 8.1; 8.3; 8.4; 9.1; 9.2; 10.1; 11.1; 11.2 e 11.3), identificando as áreas a serem fortalecidas, utilizando como referencia a média obtida pelo conjunto de seus indicadores.

Na elaboração da matriz analítica foram observadas as orientações de Minayo para a construção dos indicadores que devem ser contextuais, relacionais e de mediação das ações, além de observáveis e capazes de criar procedimentos para que sejam observados. (MINAYO, 2005), conforme quadro 5.

**Quadro 5 – Matriz analítica para a avaliação do desempenho das 11 funções essenciais de saúde pública na gestão estadual do SUS**

Categories de análise	Indicador	Medida	Fonte	Crítérios para Avaliação
A média geral do desempenho de cada função em relação à média geral das 11 funções em cada caso e no conjunto dos casos	Posição de cada uma das 11 FESP/SUS em cada caso, em relação à média geral das 11 FESP/SUS do próprio caso	Média da FESP/SUS nº 1 no caso 1, comparada à média geral das 11 funções do caso 1; a média da FESP/SUS nº 1 no caso 2, comparada à média geral das 11 funções do caso 2; a média da FESP/SUS nº 1 no caso 3, comparada à média geral das 11 funções do caso 3 e assim sucessivamente.	Resultado das FESP/SUS 1 a 11 nas 15 SES que realizaram a autoravaliação	Fortaleza: função avaliada acima da média de cada caso em no mínimo 8 casos.
				Fragilidade: Função avaliada abaixo da média de cada caso em 7 ou mais casos e função igual à média de cada caso, na ocorrência de 7 funções acima da média no caso.
A posição dos quarenta e sete indicadores em relação a média de cada função, em cada caso e no conjunto dos casos	Posição de cada indicador em relação a média da função à qual ele se relaciona, em cada caso	Média do indicador 1.1, comparada à média da FESP/SUS 1, no caso 1; média do indicador 1.1, comparada à média da FESP/SUS 1, do caso 2... média do indicador 1.1 da FESP/SUS 11, comparada ao caso 1 e assim sucessivamente.	Indicadores 1 a 47, das FESP/SUS 1 a 11 das 15 SES que realizaram a avaliação	Fortaleza: posição do indicador acima da média de sua respectiva função em no mínimo 8 casos
				Fragilidade: posição dos indicadores abaixo da média de sua respectiva função em 7 casos ou mais
A representação dos indicadores agregados por área de avaliação/intervenção	Frequência de indicadores avaliados como fortalezas e como fragilidades, em cada área, no conjunto dos casos, em relação ao número absoluto de indicadores da área	Número de vezes que o indicador de cada área foi avaliado como fragilidade em cada caso e no conjunto dos 15 casos comparado ao número de funções da área	Indicadores da área de capacidade institucional e infraestrutura- 1.3; 1.4; 2.2; 2.3; 3.4; 5.3; 6.3; 7.2; 8.2; 9.3 e 10.2	Número absoluto de indicadores avaliados como fragilidade em relação ao total de indicadores da área, menor ou igual a 6.
			Indicadores da área de cooperação e apoio técnico aos municípios - 1.5; 2.5; 3.5; 4.3; 5.5; 6.4; 7.4; 8.5; 9.4; 10.3. e 11.4	Número absoluto de indicadores avaliados como fragilidade em relação ao total de indicadores da área, menor ou igual a 6.
			Indicadores 1.1; 1.2; 2.1; 2.4; 3.1; 3.2; 3.3; 4.1; 4.2; 5.1; 5.2; 5.4; 6.1; 6.2; 7.1; 7.3; 8.1; 8.3; 8.4; 9.1; 9.2; 10.1; 11.1; 11.2 e 11.3	Número absoluto de indicadores avaliados como fragilidade em relação ao total de indicadores da área, menor ou igual a 12.

A análise dos dados para compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar a compreensão de contextos foi realizada por meio da Análise de Conteúdo, utilizando o referencial teórico proposto por Bardin (1977) e Minayo (2010).

Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens e tem como principais fontes os materiais jornalísticos e documentos institucionais.

Para Minayo (2010), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”, que tem como funções verificar hipótese ou questão e descobrir o que está por trás dos conteúdos, constituindo-se na análise de informações sobre o comportamento humano (MINAYO, 2010, p. 74).

O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise de conteúdo, é organizado em três etapas

realizadas em conformidade com três polos cronológicos diferentes. De acordo com Bardin (1977) e Minayo (2010), essas etapas compreendem a pré-análise (organização e sistematização das ideias, escolha dos documentos a serem analisados, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, e a elaboração de indicadores que orientarão a interpretação final); a exploração do material (coleta do material) e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (operações estatísticas, que tornam os dados significativos e válidos e evidenciam as informações). Com as informações, o investigador faz suas inferências e interpretações de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, ou identifica novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. Os resultados obtidos, aliados ao confronto sistemático com o material e às inferências alcançadas, podem servir a outras análises baseadas em novas dimensões teóricas ou em técnicas diferentes.

Moraes (1999), ao citar Franco (1986), afirma que de certo modo a análise de conteúdo é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados, não sendo uma leitura neutra. Produzir inferências sobre o texto objetivo é a razão de ser da análise de conteúdo, conferindo ao método relevância teórica, implicando uma comparação onde a informação puramente descritiva sobre o conteúdo é de pouco valor, uma vez que qualquer dado sobre conteúdo de uma comunicação é sem valor até que seja vinculado a outro e esse vínculo é representado por alguma forma de teoria (MORAES, 1999).

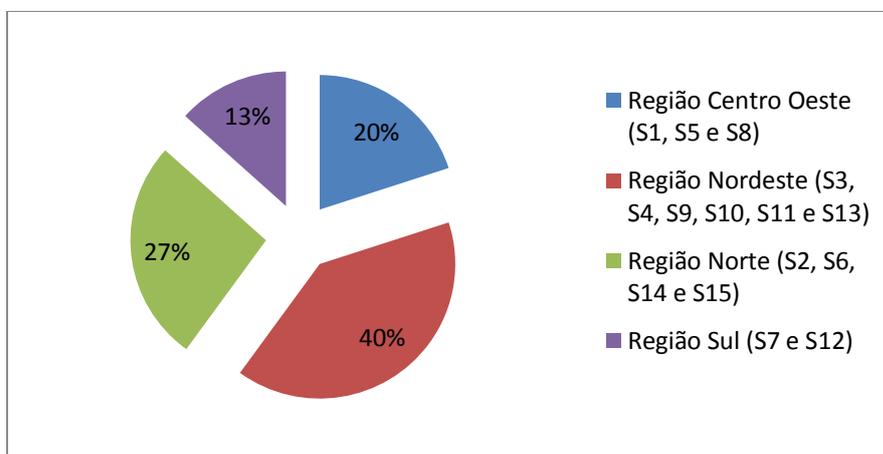
Essa abordagem foi sem dúvida um dos principais motivos pela seleção por esta pesquisadora desse método de análise, uma vez que sua aplicação possibilitava aliar a uma prática do serviço a reflexão teórica que permitisse identificar seu desempenho.

Foram utilizados dados secundários do Conass, fornecidos mediante autorização (Anexo II), após aprovação da pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB (Anexo II).

Finalmente cabe destacar que como não há na pesquisa um caráter experimental, o grau de risco e vulnerabilidade à exposição ou constrangimento dos participantes é praticamente nulo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

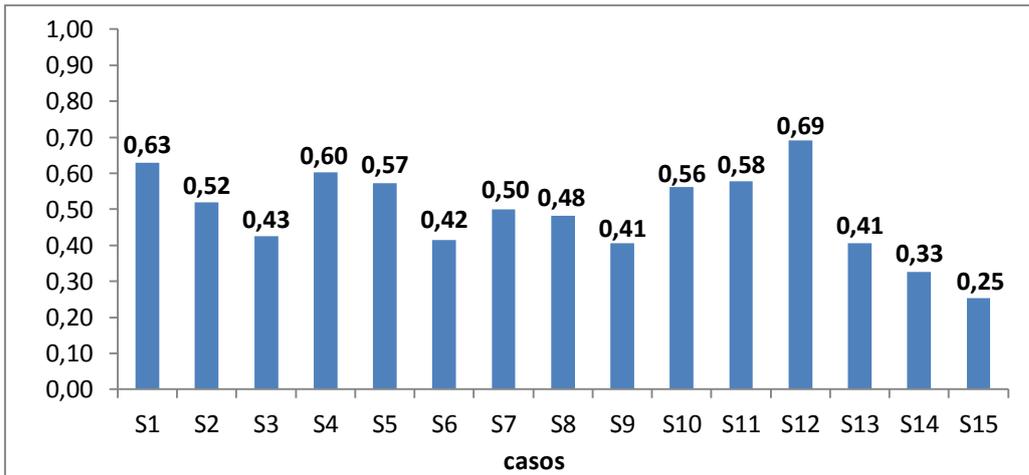
Ao observar a distribuição dos casos no território nacional, figura 1, verifica-se que das 27 Secretarias Estaduais de Saúde, 56% aderiram voluntariamente à autoavaliação das FESP/SUS e destas 40% situam-se na Região Nordeste, 27% na Região Norte, 20% na Região Centro-Oeste e 13% na Região Sul, conforme demonstrado na figura 1. No período estudado, nenhuma SES na Região Sudeste aderiu à autoavaliação das FESP/SUS.



**Figura 1 – Percentual de secretarias estaduais de saúde que aderiram à autoavaliação das FESP/SUS, no período de 2005 a 2011, por região do Brasil**

### 4.1 A MÉDIA GERAL DO DESEMPENHO DE CADA FUNÇÃO EM RELAÇÃO À MÉDIA GERAL DAS 11 FUNÇÕES EM CADA CASO

A média do desempenho dos casos na autoavaliação das FESP/SUS variou de 0,25 a 0,69, conforme figura 2.



**Figura 2 – Média das 11 FESP/SUS em cada caso**

Na análise por região, verifica-se que a Região Sul apresentou grande similaridade na avaliação das funções à exceção da função 9 que foi avaliada como fragilidade na S7 e fortaleza na S12 e da função 10 avaliada como fortaleza na S7 e fragilidade na S10.

Na Região Norte, observa-se diversidade na posição das funções em relação à média geral das SES, exceto na função 7, avaliada como fortaleza em todos os casos e nas funções 9 e 10 avaliadas como fragilidade também em todos os casos da região. Na Região Centro-Oeste, em todos os casos as funções 2, 5 e 11 foram avaliadas como fortalezas e as funções 4, 8 e 9, como fragilidades, e na região Nordeste, as funções 6 e 8 foram avaliadas como fragilidades por todos os casos e as funções 1 e 2 avaliadas como fragilidades por apenas um dos casos.

Como referido anteriormente a proposta de autoavaliação das FESP/SUS não tem como propósito estabelecer comparações entre as Secretarias, porém é importante destacar que apenas a Região Norte, se comparada às demais regiões que realizaram a autoavaliação, apresentou maior número de funções avaliadas como fragilidades do que como fortalezas, conforme quadro 6.

**Quadro 6 – Classificação das FESP/SUS de acordo com a posição de cada uma em relação à média geral das 11 funções em cada caso**

Regiões	Função /caso	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11
Região Centro-Oeste	S1	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR	FOR
	S5	IG	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR
	S8	FOR	FOR	FOR	FRA	FOR	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR
Região Nordeste	S3	FOR	FOR	IG	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FRA	FRA	FOR
	S4	FRA	FRA	FRA	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FRA	FOR	FOR
	S9	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR
	S10	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR	FRA	FOR	FOR	FOR
	S11	FOR	FOR	FRA	FRA	FOR	FRA	FOR	FRA	FRA	FRA	FRA
	S13	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR	FRA	FRA	FRA	FRA
Região Norte	S2	FOR	FRA	FOR	FRA	FOR	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FOR
	S6	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR
	S14	FRA	FOR	FRA	FOR	FOR	FRA	FOR	FRA	FRA	FRA	FOR
	S15	FOR	FOR	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FRA	FRA	FRA	FRA
Região Sul	S7	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR
	S12	FRA	FOR	FRA	FRA	FOR	FOR	FOR	FRA	FOR	FRA	FOR

FOR: posição acima da média geral das FESP/SUS nas SES: fortaleza

FRA: posição abaixo da média geral das FESP/SUS nas SES: fragilidade

IG: média da função é igual à média geral das FESP/SUS nas SES

Este achado reflete as diferenças regionais que marcam o Brasil. A realidade das regiões do país é bastante diversificada, em função da dinâmica sociopolítica e cultural e da amplitude geográfica das mesmas, com conseqüente variação de suas demandas, necessidades e potencialidades, com reflexos na organização e disponibilização de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, 70% dos municípios brasileiros têm menos que 20 mil habitantes; 25%, entre 20 mil e 100 mil habitantes; 4%, entre 100 mil e 500 mil habitantes; e menos de 1% tem 500 mil ou mais habitantes. Essa distribuição não é homogênea nas grandes regiões do país, sendo observadas maiores frequências de municípios com menos de 20 mil habitantes nas regiões Sul e Centro-Oeste, com menos de 100 mil habitantes nas regiões Norte e Nordeste, e acima de 100 mil habitantes na região Sudeste. Com relação à população residente nesses municípios, Norte, Nordeste e Sul apresentam maior concentração da população residente em municípios com menos de 100 mil habitantes (55%, 60% e 53%, respectivamente), enquanto no Sudeste e Centro-Oeste a população se concentra em municípios com 100 mil ou mais habitantes (69% e 55%, respectivamente) (BRASIL, 2010).

A desigualdade em saúde no Brasil foi objeto de um estudo exploratório realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Opas em 2002, sugerindo para a mesma um padrão assimétrico e polarizado nos níveis nacional e intra-regional, sendo que a região Sul apresenta, em geral, indicadores mais favoráveis que as demais regiões e resultados com alto grau de homogeneidade. Nas demais regiões, o Norte e Nordeste apresentam indicadores predominantemente desfavoráveis e o Sudeste e Centro-Oeste indicadores predominantemente favoráveis. Esta polarização se reflete na maioria dos indicadores estudados como, por exemplo, nas taxas de mortalidade infantil que se apresentaram associadas tanto aos estados com mais baixos graus de escolarização feminina, quanto às regiões brasileiras com os mais débeis indicadores socioeconômicos (BRASIL, 2010).

Na variação da pontuação das funções essenciais em cada caso, observada nas figuras de 3 a 13 é possível verificar a posição de cada função em relação a média de cada caso, identificando aquelas com posição abaixo e acima desta média.

As funções 1, monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado; 2, vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; 5 desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; 7, promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde e 11, coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde, tiveram pontuação acima da média na maioria dos casos, sendo portanto, avaliadas como fortalezas da gestão estadual. Enquanto as funções 3, promoção da saúde; 4, controle social; 6, capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; 8, administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde; 9, promoção e garantia da qualidade dos serviços da saúde e 10, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, tiveram pontuação abaixo da média na maioria dos casos, avaliadas como fragilidades da gestão estadual do SUS, quadro 7.

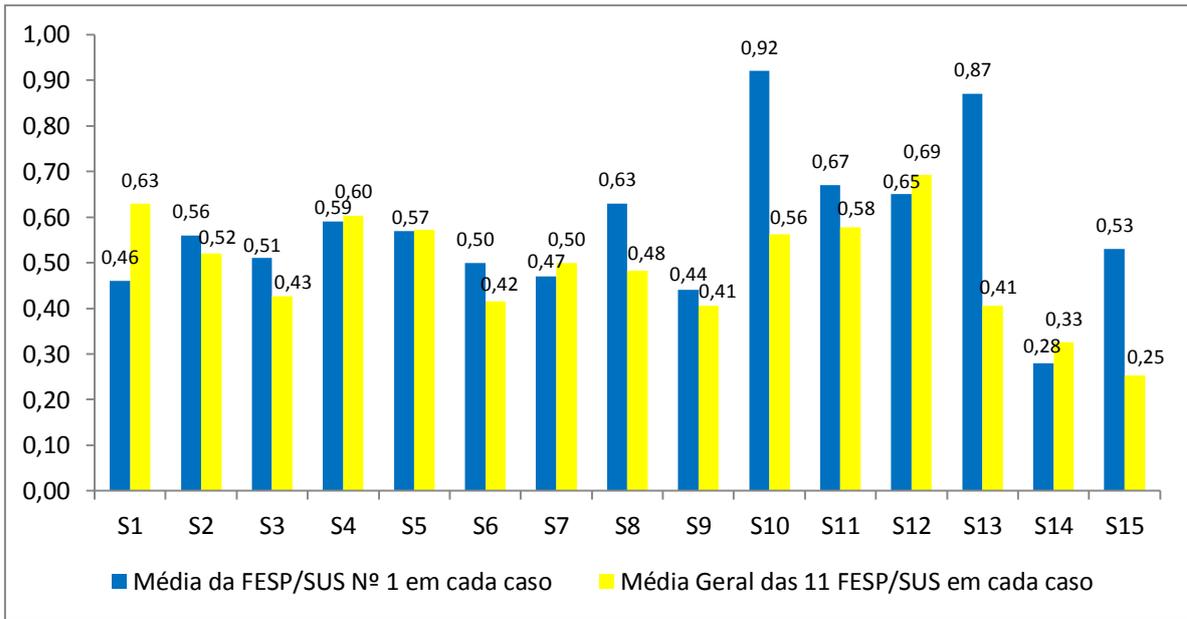
**Quadro 7: Posição das Funções em relação à média geral**

Posição da Função em relação à média dos casos	FESP/SUS	Frequência
Funções <b>acima</b> da média na maioria dos casos	FESP/SUS n. 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado	<u>9</u>
	FESP/SUS n. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde	13
	FESP/SUS n. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da Saúde.	10
	FESP/SUS n. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	12
	FESP/SUS n. 11: Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde.	12
Funções <b>abaixo</b> da média na maioria dos casos	FESP/ SUS n. 3: Promoção da Saúde	8
	FESP/SUS n. 4: Controle Social	11
	FESP/SUS n. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde	10
	FESP/SUS n. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos.	14
	FESP/SUS n. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde.	13
	FESP/SUS n. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde	9

#### 4.2 A MÉDIA GERAL DO DESEMPENHO DAS FUNÇÕES NO CONJUNTO DOS CASOS E A POSIÇÃO DOS QUARENTA E SETE INDICADORES EM RELAÇÃO A MÉDIA GERAL DE CADA CASO

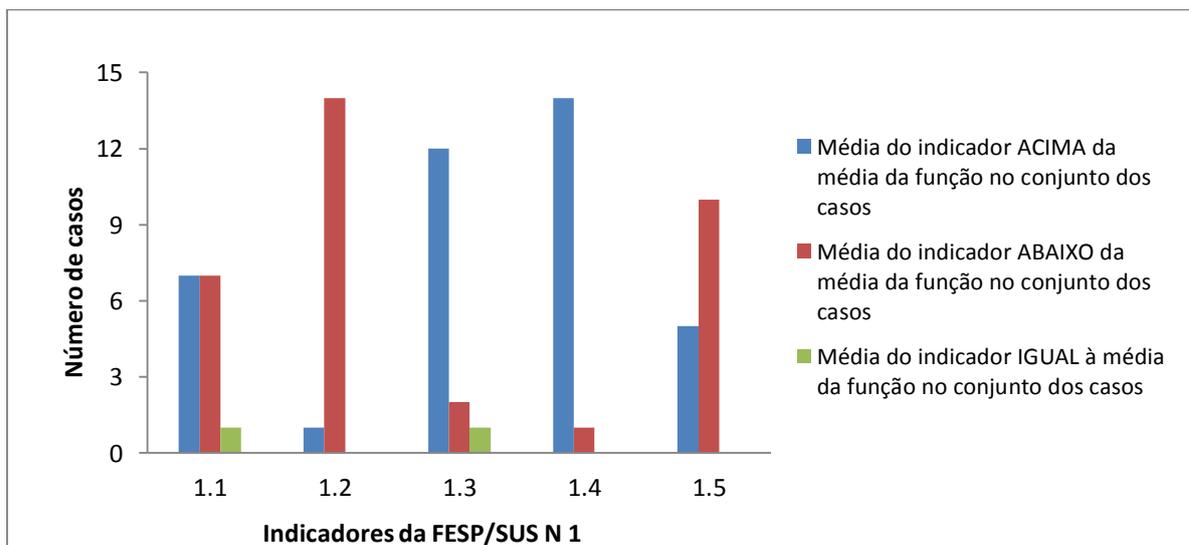
A apresentação e discussão dos resultados é organizada em dois eixos centrais, o comportamento da função para a gestão estadual e o comportamento dos indicadores para suas respectivas função.

A **FESP/SUS N. 1**, monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado foi considerada *fortaleza* em 09 casos (S2, S3, S6, S8, S9, S10, S11, S13 e S15), *fragilidade* em 05 (S1, S4, S7, S12 e S14) e em 1 caso a média alcançada pela função foi igual à média geral das 11 Funções (S5), conforme figura 3.



**Figura 3 – Média da FESP/SUS n. 1 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

Na análise dos indicadores da FESP/SUS 1 observa-se que os indicadores 1.3, capacidade técnica e recursos das SES para o monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde e 1.4, suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde, foram considerados fortalezas, como os indicadores 1.1; 1.2 e 1.5 que avaliam respectivamente os instrumentos e processos de monitoramento e avaliação da situação de saúde, a qualidade da informação em saúde e a cooperação e apoio técnico aos municípios nessa área, foram avaliados como fragilidade das SES, conforme figura 4.



**Figura 4 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 1 em relação à média da função 1 em todos os casos**

A posição da FESP/SUS N. 1, acima da média na maioria dos casos aponta para o reconhecimento cada vez maior pela gestão estadual do SUS, da necessidade de observar de forma sistemática e criteriosa a distribuição dos eventos de saúde na sua área de abrangência, corroborando com Duarte que destaca a importância de medir, caracterizar e explicar o perfil de saúde, doença e de atenção da população, incluindo a identificação de seus determinantes e necessidades e a compreensão das respostas sociais em saúde, e ainda a avaliar o efeito e o impacto das intervenções implementadas (DUARTE, 2002) e para a crescente adoção de instrumentos para esse fim. Também o Ministério da Saúde afirma que dispor de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (BRASIL, 2008), destacando que “nos últimos anos, os processos de análise de situação da saúde e a avaliação em saúde têm sido incorporados gradativamente na rotina das instituições de saúde” (BRASIL, 2010).

Os indicadores da função que foram avaliados como fortalezas (1.3, capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde e 1.4, suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde), indicam que as SES têm investido na estruturação da área e qualificação de seu corpo técnico para o desenvolvimento da função.

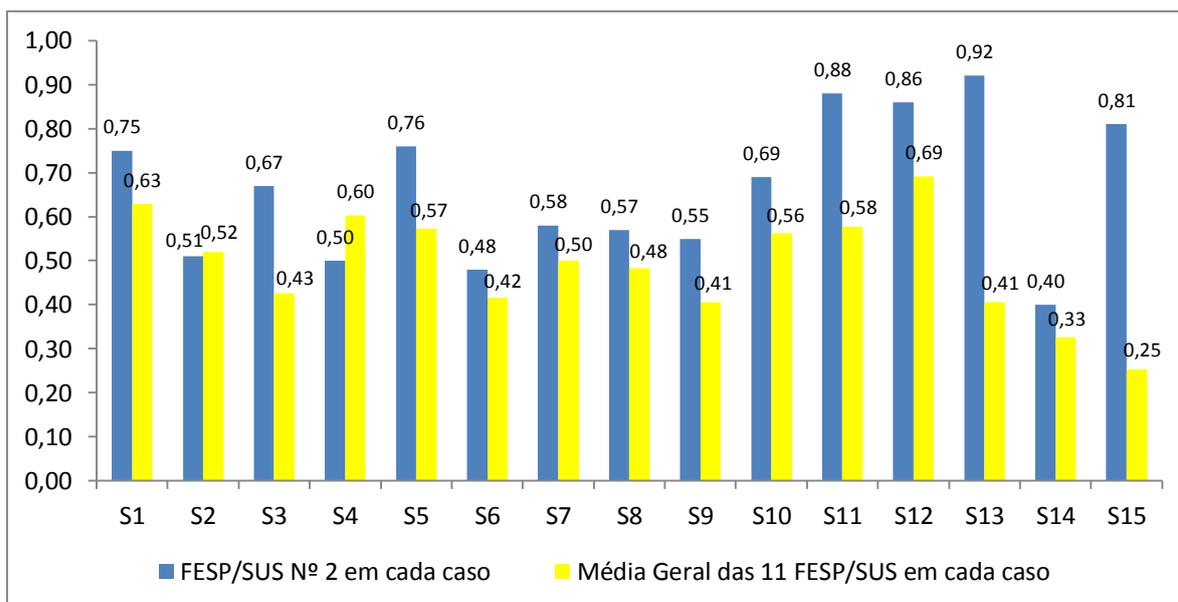
Além disso, reflete as várias iniciativas que têm sido desenvolvidas pelos gestores das três esferas de governo no sentido de subsidiar o processo decisório em saúde e a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde, tais como a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), concebida com o intuito de promover ações conjuntas das instituições responsáveis pela produção, análise e disseminação de dados sobre a realidade sanitária no Brasil e suas tendências (RISI JUNIOR, 2006). A extensão dessa iniciativa aos estados em 2007, a “RIPSA no Estado”, com o objetivo de atender às necessidades específicas dos gestores estaduais e municipais aportou ferramentas, instrumentos, suporte tecnológico e recursos financeiros às SES, aprimorando sua capacidade técnica para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde, alavancando o desenvolvimento dessa função, o que contribui para o fortalecimento dessa área nas SES.

Porém, é importante destacar que o indicador 1.1 avaliado como fragilidade, indica que a maioria das SES, apesar dos esforços de estruturação da área, não dispõe de um sistema estadual integrado de monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde, que influencie a alocação de recursos e a priorização dos problemas de saúde da população, além de refletir a grande variedade e quantidade de sistemas de informação no SUS, desintegrados, que não se comunicam entre si.

Também o indicador 1.2, referente à avaliação da qualidade da informação em saúde, avaliado como fragilidade na maioria dos casos, demonstra que no Brasil, apesar da ampla rede de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) disponíveis em âmbito nacional, de fácil acesso na *internet*, não são realizadas avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados. Recente estudo intitulado “Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde” revisitou as iniciativas de avaliação da qualidade das informações dos sistemas brasileiros, concluindo que o pequeno número de estudos realizados sobre alguns sistemas e sua distribuição desigual entre as regiões impossibilitam que se conheça de forma ampla a qualidade dos sistemas de informação em saúde do país, sendo necessária a instituição de uma política de gerenciamento dos dados dos sistemas de informação em saúde (LIMA, 2009).

Outro indicador avaliado como frágil, a cooperação e apoio técnico aos municípios, indica que se as SES dispõem de meios para monitorar e avaliar a situação de saúde na sua área de abrangência, conforme demonstram os indicadores 1.3 e 1.4, ainda não conseguem apoiar de forma efetiva os municípios para o que o façam em abrangência municipal.

A **FESP/SUS N. 2**, vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde, foi considerada *fortaleza* em 13 casos (S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 e S15), *fragilidade* em 02 casos (S2 e S4), conforme figura 5.



**Figura 5 – Média da FESP/SUS n. 2 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

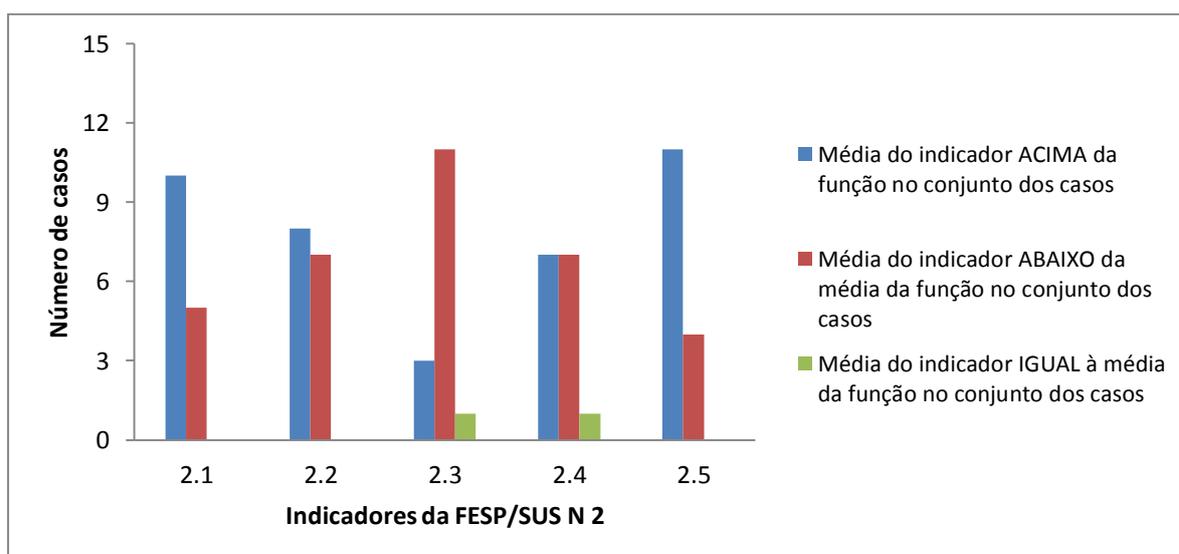
Esta avaliação permite inferir que há o reconhecimento, por parte das equipes técnicas, da existência nas SES de capacidade técnica, recursos e suporte tecnológico para o desenvolvimento da vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde, o que reflete a tradição dessa área na gestão estadual. Desde a sua criação, as secretarias estaduais de saúde tinham como foco a prevenção de doenças transmissíveis, do mesmo modo que o Ministério da Saúde que antes da criação do SUS, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias (SOUZA, 2002). Assim, a vigilância epidemiológica é uma área que tradicionalmente se desenvolveu nas SES, que integraram o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), estruturado em 1975, executando ações de vigilância epidemiológica e sanitária definidas pela União, recebendo importante apoio técnico e financeiro. Situação semelhante à das ações de vigilância sanitária já que a incorporação da vigilância de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (Dant), ainda é muito incipiente, só tendo efetivamente passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada nas SES a partir do final dos anos 1990 (CONASS, 2011a).

Mendes, ao abordar a evolução histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) na saúde pública brasileira destaca essa focalização na vigilância e prevenção das pelas SES no terceiro ciclo de desenvolvimento da APS:

[...] o terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, quando desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde, conservando o núcleo tecnológico original sespiano, o que implicava focalizar suas ações na prevenção das doenças, mas incorporando a atenção médica num modelo dirigido especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas como tuberculose e hanseníase, os denominados programas de saúde pública, exercitados com algum grau de verticalidade [...]. (MENDES, 2012, p. 71)

Como a descentralização das ações das vigilâncias epidemiológica e sanitária para os municípios só teve início em 1999<sup>iii</sup> as SES desenvolveram capacidades para execução direta dessas ações no âmbito de seus territórios, tornando-as uma de suas fortalezas.

Na análise dos indicadores que compõem esta função podemos observar que os indicadores 2.1 referente ao sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde; 2.2, que verifica as capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde e 2.5, referente à cooperação e apoio técnico aos municípios na vigilância em saúde, foram considerados fortalezas da função. O indicador 2.4, que avalia a capacidade de resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde apresentou o mesmo número de avaliações acima e abaixo da média da função e em um caso a avaliação do indicador foi a mesma da função, sendo considerado uma fragilidade, assim como o indicador 2.3, relativo à capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública, avaliado como fragilidade na maioria dos casos, conforme figura 6.



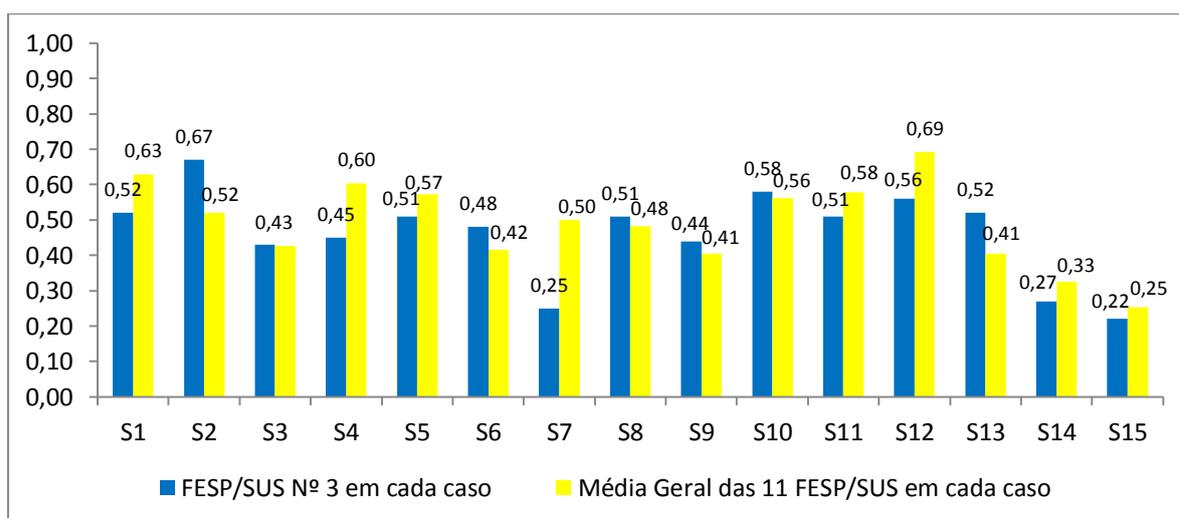
**Figura 6 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 2 em relação à média da função 2 em todos os casos**

<sup>iii</sup> Lei n. 9.782/99 e Portaria GM/MS n. 1.399/1999.

A fragilidade apontada no indicador 2.4, referente à capacidade de resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde, provavelmente está relacionada às exigências de avaliação dessa capacidade, definidas no padrão. Já a fragilidade do indicador 2.3, relativo à capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública, reflete a situação vivenciada pelos Laboratórios Estaduais de Saúde Pública (Lacen) em todo o país. Até 2005, os Lacens vivenciaram um processo de financiamento inadequado, muito baseado na produção de exames da área de patologia clínica em detrimento da execução de serviços estratégicos para as ações de vigilância e controle de doenças, com graves consequências para as ações de vigilância em saúde, conforme diagnóstico apontado pelo Conass (CONASS, 2011a).

A instituição em 2005, pelo Ministério da Saúde de nova forma de financiamento, o Finlacen, compatível com a execução de atividades que atendam à necessidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em cada estado, independente da produção de serviços<sup>iv</sup>, parece, pela avaliação observada, que ainda não atingiu o impacto esperado

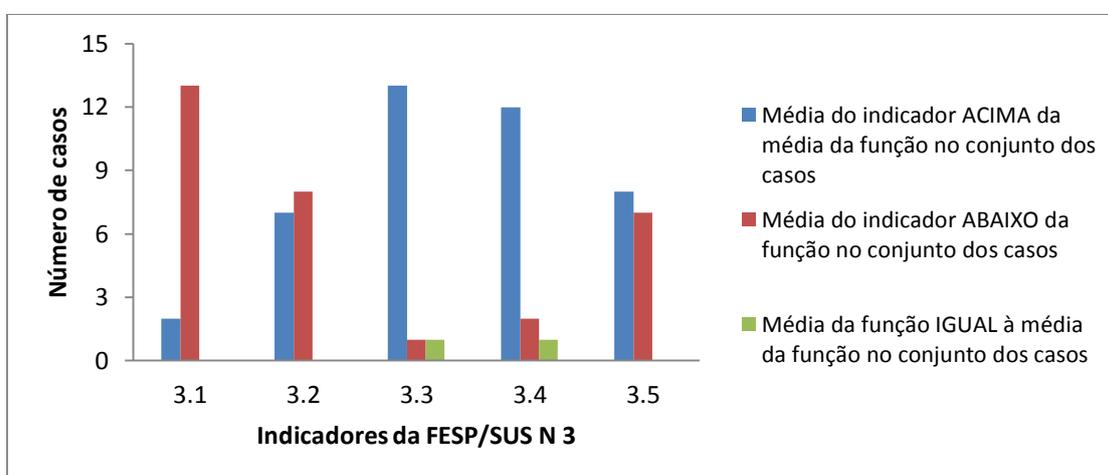
**A FESP/SUS N. 3**, promoção da saúde, foi considerada *fragilidade* em 08 casos (S1, S4, S5, S7, S11, S12, S14 e S15), *fortaleza* em 06 casos (S2, S6, S8, S9, S10 e S13) e em 1 caso a média alcançada pela função foi igual à média geral das 11 Funções (S3), conforme figura 7.



**Figura 7 – Média da FESP/SUS n. 3 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

<sup>iv</sup> Portaria GM/MS n. 2.606, de 28 de dezembro de 2005.

Os indicadores avaliados como fortalezas dessa função no conjunto dos casos foram os indicadores 3.3, planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde; 3.4, reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde e 3.5, cooperação e apoio técnico aos municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde. Os indicadores 3.1 (desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis) e 3.2 (formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção da saúde) foram considerados fragilidades na maioria dos casos, conforme figura 8.



**Figura 8 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 3 em relação à média da função 3 em todos os casos**

A fragilidade da função apontada na maioria dos casos parece indicar que apesar das diversas iniciativas normativas para implementar a promoção da saúde no Brasil, há uma lacuna entre o que prevê a legislação e as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde. Traverso-Yépez (2007) associa essa lacuna à multiplicidade e complexidade dos aspectos associados à promoção da saúde, entre eles as desigualdades socioestruturais e as injustas relações de poder que afetam negativamente mais de um terço da população brasileira.

O SUS refletiu a adoção pelo Brasil de uma visão mais abrangente de saúde, tendo incorporado nas suas diretrizes constitucionais diversos preceitos da Promoção da Saúde (PS), porém na prática é necessário expandir as práticas de promoção à saúde e garantir sua institucionalização no SUS.

Várias iniciativas têm sido feitas para institucionalizar a PS no país, entre elas o projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção” instituído entre 1998 e

1999, a “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (2001), com foco na promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis e a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, em 2002. Porém, como destacam Buss e Carvalho, essa política, “nunca teve vigência integral real no interior do sistema de saúde e o seu funcionamento na prática ainda carece de maior expansão de práticas promocionais” (BUSS e CARVALHO, 2009).

Os autores, em um artigo que aborda a institucionalização da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos, destacam que:

[...] no Brasil, as estratégias promocionais, assim como o desenho e implementação de políticas públicas para a saúde, têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, no predomínio da cultura setorial e competitiva, na ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde [...]. (BUSS e CARVALHO, 2009, p. 9)

Ainda segundo os autores, apesar dos inegáveis avanços nos últimos 10 anos no país, é necessária uma decisão política dos governos para que a promoção da saúde seja de fato efetivada, com a produção e condução de iniciativas transversais orientadas à produção de saúde e bem-estar, através do diálogo com os diversos segmentos da sociedade e do aparelho de estado, do fomento à intersetorialidade, orçamentos próprios e a adoção de procedimentos de avaliação que permitam dimensionar seus impactos sobre a saúde e a qualidade de vida.

Os gestores estaduais de saúde também reconheceram essa necessidade enfatizar a importância da priorização das ações de Promoção da Saúde na consolidação da integralidade da atenção à saúde, com estímulo e valorização da incorporação de práticas intersetoriais, considerando-a como uma ação transversal coordenada pela Atenção Primária<sup>v</sup> (CONASS, 2004) e, por meio de seu órgão de representação, contribuíram na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006<sup>vi</sup>, que tem como objetivo promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura,

---

<sup>v</sup> 2º Seminário do CONASS para a Construção de Consensos sobre Atenção Primária, realizado em Salvador, Bahia, em novembro de 2003.

<sup>vi</sup> Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006.

acesso a bens e serviços essenciais, estabeleceu como diretrizes ações que estimulam as ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social que promovam resultados na busca da equidade e o empoderamento individual e comunitário, além da promoção de mudanças organizacionais com vistas à busca de práticas horizontais.

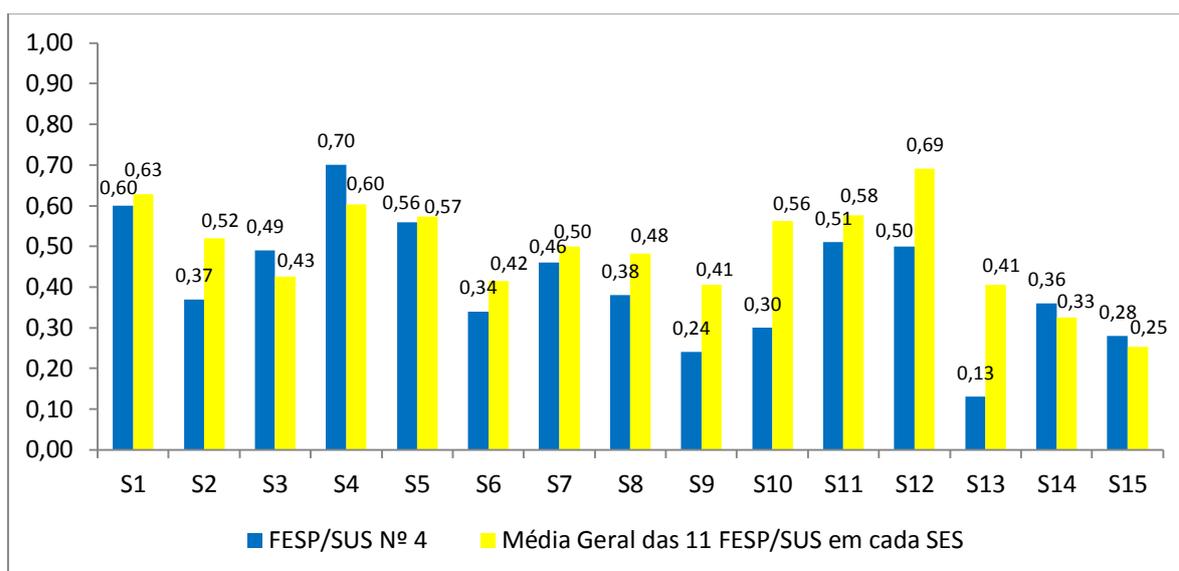
Também definiu como responsabilidades das SES a manutenção de articulação com municípios para apoio à implantação/supervisão das ações de Promoção da Saúde; a promoção de cooperação referente às experiências de Promoção da Saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde e devem ainda contemplar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde em seus Planos Estaduais, podendo optar pela estruturação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade por causas externas e fortalecendo as ações intersetoriais de prevenção das violências e promoção da saúde, estimulando a cultura de paz e qualidade de vida. Para o biênio 2006-2007, foram priorizadas, as ações voltadas para a divulgação e implementação da PNPS, a alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável com estímulo à inserção das ações principalmente na Atenção Primária à Saúde.

Nesse último aspecto, para além de outras análises que faz da PNPS, Traverso-Yepéz (2007) observa que a proposta de inclusão da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos não transmissíveis nas ações da atenção primária, não considerou as dificuldades de implementação e de operacionalização dessas estratégias nesse contexto de atenção primária, que é caracterizado pelo baixo poder aquisitivo dos usuários do serviço e pela hegemonia do modelo biomédico centrado na cura, referindo preocupação com a implementação das ações propostas para o biênio nesse contexto.

O fato é que a implementação da PNPS ainda é incipiente e apenas nos últimos dois anos é que foram propostas estratégias mais concretas para sua operacionalização, tais como, as Academias da Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Esse contexto pode explicar os resultados da avaliação dos indicadores da função, que explicitam o desenvolvimento de políticas de promoção da saúde, a elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis e a formação de alianças setoriais e extra-setoriais para a promoção da saúde como fragilidades, muito embora, a avaliação como fortaleza da função de planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde; do desenvolvimento de ações para reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde e, da cooperação com os municípios nessa área, indiquem que as sementes para a ação estão lançadas.

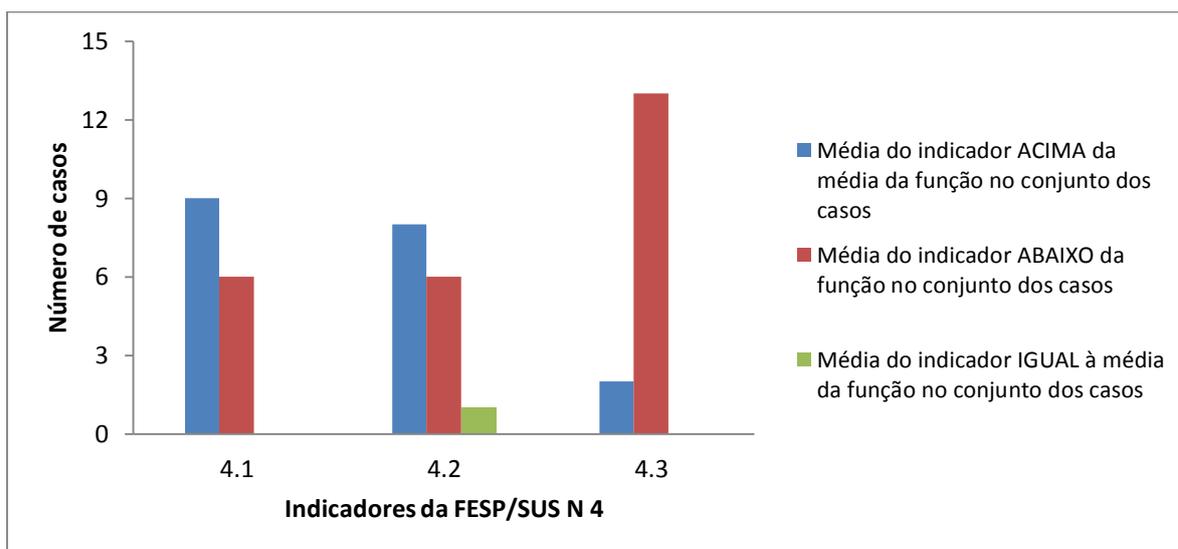
A **FESP/SUS N. 4**, participação social em saúde, foi considerada *fragilidade* em 11 casos (S1, S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12 e S13) e *fortaleza* em 04 casos (S3, S4, S14 e S15), figura 9.



**Figura 9 – Média da FESP/SUS n. 4 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

Essa função que inclui o desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da comunidade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões que afetam sua saúde e seu acesso a serviços adequados de saúde; o apoio e o fortalecimento das instâncias colegiadas de controle social do Sistema Único de Saúde (Conselhos e Conferências Estaduais e Municipais de Saúde) e outras formas de controle social na proposição, na deliberação e na fiscalização da política estadual de saúde.

É composta por três indicadores, sendo que os indicadores 4.1, fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde e 4.2, fortalecimento da participação e do controle social em saúde, foram avaliados como fortalezas da função e o indicador 4.3, referente à cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde, foi avaliado como fragilidade da função, conforme figura 10.



**Figura 10 – Posição dos Indicadores da FESP/SUS 4 em relação à média da função 4 em todos os casos**

A participação social em saúde é o principal canal de relação entre o Estado, os trabalhadores e a sociedade na definição e no alcance de objetivos setoriais de saúde, tendo apresentado no Brasil uma trajetória exitosa, reconhecida por vários autores nacionais e internacionais. Suas origens remontam a 1937<sup>vii</sup> com a criação do Ministério da Educação e Saúde e sua institucionalização se consolida na Lei n. 8.142/1990, que dispôs sobre os conselhos e conferências de saúde, que conforme Labra, “se constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e uma singularidade no contexto latino-americano” (LABRA, 2006, p. 23).

Nos 20 anos que nos separam da inserção da participação social na estrutura decisória da política de saúde, observamos seu crescente aperfeiçoamento e consolidação, como destaca Cortes.

<sup>vii</sup> Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937.

[...] após 20 anos de implantação do SUS, os conselhos de saúde se consolidaram, acumularam cultura democrática e transformaram-se em sujeitos na política local, destacando o ineditismo, a magnitude e longevidade do fenômeno sociopolítico, que por sua vitalidade, envolvimento de participantes, grau de disseminação pelo país e pelas diversas áreas das políticas sociais não encontra paralelos em outros sistemas de saúde pelo mundo. (CORTES, 2006, p. 401-425).

A análise do resultado da função 4, parece, então, uma contradição, na medida em que na maioria dos casos, a participação social foi apontada como fragilidade da gestão estadual do SUS.

Essa avaliação, porém, é coerente com os problemas que a participação social tem enfrentado ao longo dos anos, reconhecidos tanto pelos gestores quanto pelos diversos segmentos sociais que militam na área.

Se de um lado há o reconhecimento de que o respaldo popular, conferiu legitimidade SUS e que suas conquistas e avanços estão associados a essa participação, por outro lado, vários problemas permeiam a participação e o controle social no sistema de saúde, tanto no que se refere aos conselhos (a fragilidade de seus estatutos, infraestrutura inadequada para o desenvolvimento de suas atividades, representatividade e legitimidade dos conselheiros, desconhecimento dos objetivos e funções do SUS e do papel do conselho e das demais instâncias do SUS, em especial da CIT e Cibs, exacerbação do antagonismos, entre gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes de usuários), quanto em relação como às conferências de saúde (esgotamento do formato das conferências, excessivo número de resoluções e aparente afastamento entre o movimento sanitário tradicional e os gestores do SUS, de um lado, e os participantes das conferências, de outro).

Tais problemas são apontados pelos gestores do SUS e nos relatórios finais da 11.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde/2001 e 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde/2003

[...] a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil. (BRASIL, 2002, p. 46)

[...] enfrentam ainda obstáculos importantes, entre os quais, o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a ausência de outras

formas de participação; a falta de uma cultura de transparência e de difusão de informações na gestão pública; e a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros nas relações com seus representados. (BRASIL, 2004, p. 101)

É também necessária uma reflexão serena sobre o distanciamento entre gestores, conferências e conselhos de saúde, reconhecido em documento do próprio Conselho Nacional de Saúde, na literatura [...]. (CONASS, 2009, p. 51)

E levaram à instituição da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS<sup>viii</sup> (ParticipaSUS), buscando a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular e a ampliação dos espaços de auscultação da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2009a).

Como estratégia, a política propôs o fortalecimento da mobilização e do controle social, mediante a criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo; da promoção da educação popular e da capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados (BRASIL, 2009 a) e aportou recursos da União para que secretarias estaduais e municipais de saúde se estruturassem e desenvolvessem projetos para fortalecer a participação social em seu âmbito.

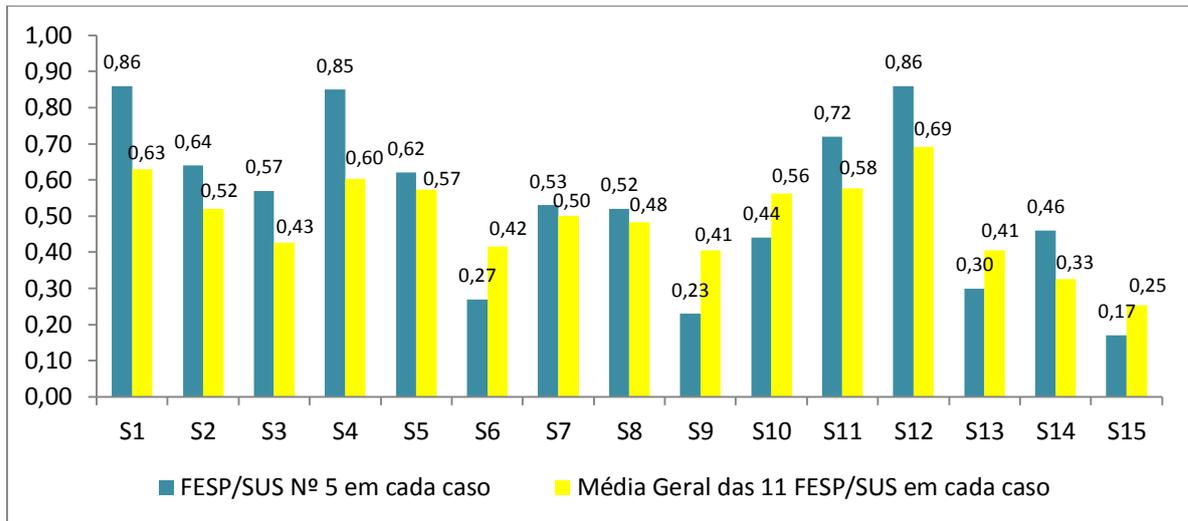
Os resultados dos indicadores dessa função apontam como principal responsável pela fragilidade da função, a cooperação e apoio técnico aos municípios, avaliada como fragilidade na grande maioria dos casos. O fortalecimento das instâncias de participação e controle social em saúde e do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde foram considerados fortalezas da função, o que pode estar associado ao desenvolvimento de diversas ações para a valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, principalmente a partir da instituição, em 2007, da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), como por exemplo, a implantação de ouvidorias e outras instâncias para auscultação dos usuários na maioria das SES, a melhora das estruturas físicas de muitos Conselhos

---

<sup>viii</sup> Portaria n. 3.027, de 26 de novembro de 2007.

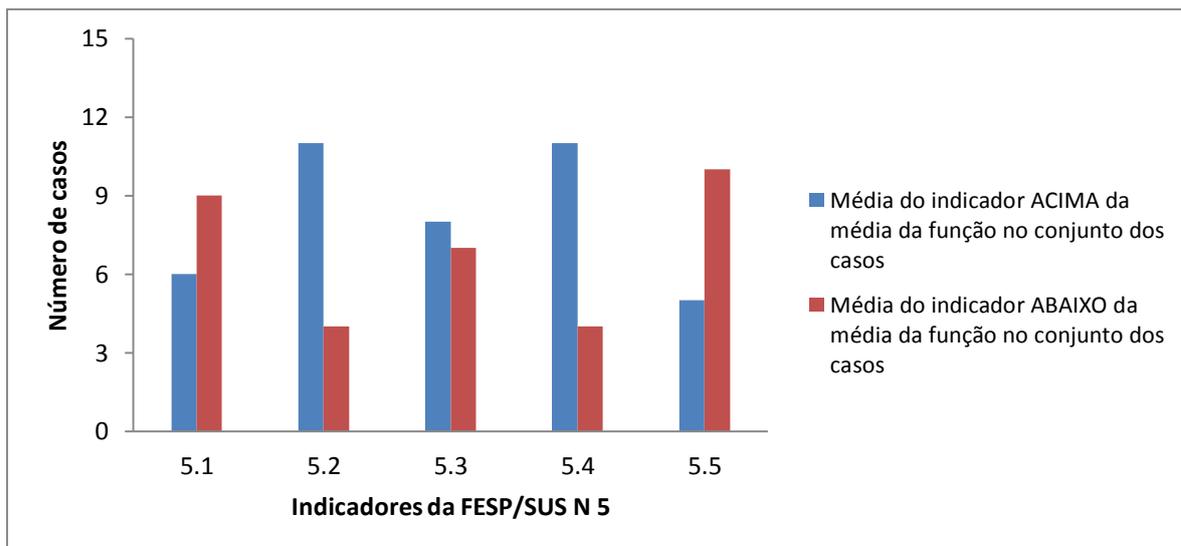
Estaduais de Saúde e o desenvolvimento de vários cursos de capacitação de conselheiros.

A **FESP/SUS N. 5**, desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde, foi avaliada como uma *fortaleza* em 10 casos (S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S11, S12 e S14), *fragilidade* em 05 casos (S6, S9, S10, S13 e S15), figura 11.



**Figura 11 – Média da FESP/SUS n. 5 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

A FESP/SUS n. 5 é a que apresenta indicadores mais detalhados, havendo inclusive, subdivisão no indicador que avalia a capacidade institucional de gestão do sistema estadual de saúde (5.3). Os indicadores 5.2, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde; 5.3, desenvolvimento da capacidade institucional de gestão do sistema estadual de saúde e 5.4, capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual, foram avaliados como fortalezas da função, enquanto os indicadores 5.1, formulação de políticas de saúde no âmbito estadual e 5.5, Cooperação técnica com os municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS, foram avaliados como fragilidades, conforme figura 12.



**Figura 12 – Média da FESP/SUS n. 5 em relação à média da função 5 em todos os casos**

A avaliação como fortaleza da função de planejamento e gestão pública em saúde na maioria dos casos pode estar relacionada ao fato de que o planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS. Ao observarmos a legislação infraconstitucional e infralegal do SUS, verifica-se uma enorme gama de leis, decretos e outros atos normativos sobre o planejamento, muitas dos quais indicam processos e métodos para sua formulação, enquanto outras o definem como pré-requisito para o repasse de recursos da União para estados e municípios e/ou para fins de controle e auditoria.

Da Lei 8.080/1990 ao PlanejaSUS,<sup>ix</sup> instituído em 2006, vários regramentos, ferramentas e instrumentos para planejamento em saúde, com as mais variadas vertentes teórico-filosóficas, foram disponibilizados às equipes das secretarias estaduais e municipais de saúde, mostrando riqueza conceitual que o planejamento encerra no desenvolvimento e na consolidação do SUS no Brasil.

Porém, se de um lado houve avanços na institucionalização e instrumentalização do planejamento no SUS, por outro lado assistimos em todo país à burocratização do processo de planejamento nas várias instâncias do sistema, causada na maioria das vezes, pela maneira impositiva, autoritária e desarticulada com que foram adotadas. (PAIM, 2006; JESUS, 2006). O planejamento em saúde adquiriu ao longo do tempo, na maioria das secretarias estaduais e municipais de

<sup>ix</sup> O Sistema de Planejamento do SUS, divulgado pela Portaria N. 399, de 22 de fevereiro de 2006 integra o Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal.

saúde, um caráter, burocrático, verticalizado e ritualístico, sem vínculo com a realidade local, apenas para fins de cumprimento das normas e exigências legais, conforme afirmam vários autores brasileiros, estudiosos da evolução do planejamento do SUS nas últimas décadas,

[...] a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a solução dos problemas [...]. (PAIM, 2006, p. 6)

[...] muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população (PAIM, 2006, p. 8).

A inserção das ações de planejamento nas instituições públicas de saúde tem sido precária e, mais recentemente, em certos casos, orientada pelas noções meramente burocráticas de plano-documento e demonstrações físicas da implantação de unidades de saúde. (BAHIA, 2010, p. 8)

Os “eixos” do pacto são tão estruturados, os indicadores tão bem definidos, que, tudo isso, aliado à falta de técnicos no extenso território nacional, faz com que os “planos municipais” acabem assumindo uma normatividade e formalismo [...]. (CECÍLIO, 2010, p. 3.)

Os resultados dos indicadores dessa reforçam ainda mais o exposto acima e corrobora com o tecnicismo apontado por esses autores: as SES reconhecem como frágil a sua capacidade de formular de políticas de saúde no âmbito estadual, porém apontam como fortalezas da gestão, a implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, o desenvolvimento da capacidade institucional de gestão do sistema estadual de saúde e a capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual. Esse fortalecimento provavelmente está relacionado com a infinidade de agendas, políticas, pactos, programações gerais e as específicas de programas verticais, que em que pese muitas vezes sejam pactuadas na Comissão Tripartite, não guardam coerência com a realidade local, conforme afirma Paim, o que também contribui para a fragilidade da cooperação das SES como os municípios na área.

Ao tentarem realizar um planejamento considerando os problemas identificados no momento explicativo deparam-se com a existência de um conjunto de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários

Municipais de Saúde (Conasems), mas nem sempre compatíveis com a realidade local. (PAIM, 2006, p. 6)

Ao indicar a fragilidade desses indicadores em relação à função, as equipes estaduais apontam para dois grandes desafios atuais do planejamento em saúde. Reconhecem a necessidade de uma melhor estruturação das SES nas áreas de formulação e implementação da política estadual de saúde e na elaboração do Plano Estadual, além da necessidade de fortalecer a cooperação e apoio técnico aos municípios para o desenvolvimento do planejamento em nível local.

Apontam também para a exigência de um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento, que deve ser capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, em um contexto social, político e econômico, de modo a superar a visão arcaica de programas verticais e promover um sistema em rede e no qual passa a ser um importante mecanismo de eficiência da gestão descentralizada, funcionalidade das pactuações e emprego estratégico de recursos, corroborando com Paim, para quem o planejamento deve ser compreendido como uma *prática social* que alia técnica, política, economia e ideológica, em um processo de transformação de uma situação em outra, identificando problemas e oportunidades para orientar a ação (PAIM, 2006).

A **FESP/SUS N. 6**, capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde, foi considerada *fragilidade* em 10 casos (S3, S4, S6, S8, S9, S10, S11, S13, S14 e S15) e *fortaleza* em 05 casos (S1, S2, S5, S7 e S12), figura 13.

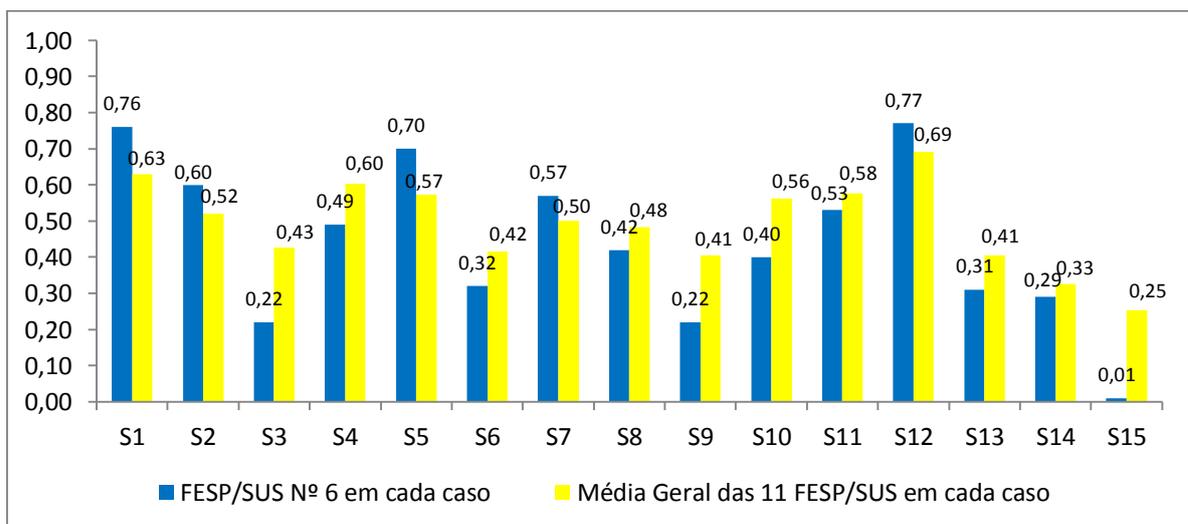
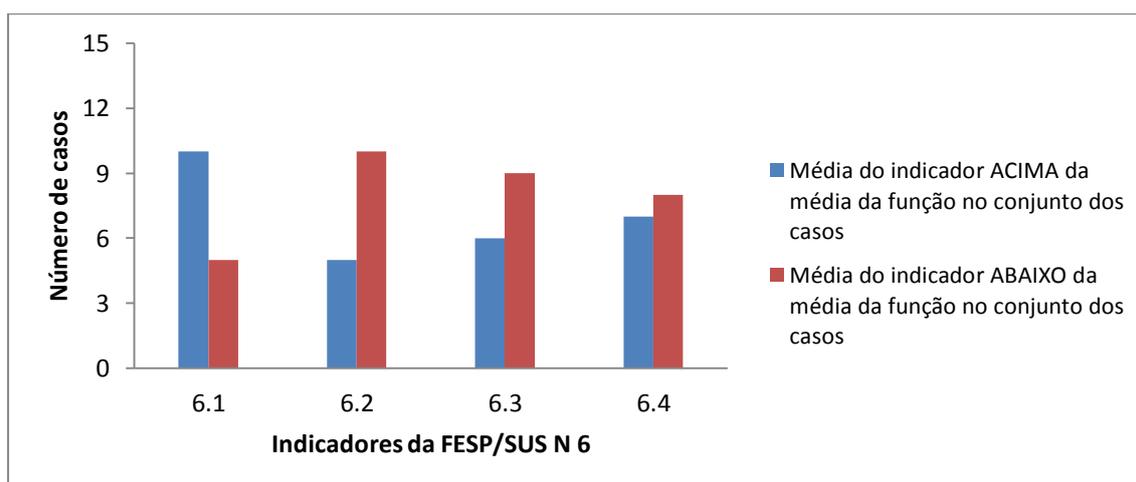


Figura 13 – Média da FESP/SUS n. 6 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso

Essa função avalia tanto a capacidade de desenvolver e implantar o marco regulatório<sup>x</sup> no âmbito do estado, como a execução, pela gestão estadual do SUS, das ações de fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos.

A função aborda a regulamentação como processo de produção de atos para regulamentar a saúde em âmbito estadual e não o conceito de regulação entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução (SANTOS e MERHY, 2006, p. 25-41). As ações relacionadas à regulação podem ser identificadas na abordagem das ações da fiscalização, controle e auditoria de produtos, ações, serviços e estabelecimentos pela gestão estadual nos indicadores 6.2 e 6.3, em uma abordagem bastante operacional e estrutural.

Na análise dos indicadores dessa função, apenas o indicador 6.1, revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório foi considerado fortaleza, enquanto os indicadores 6.2, capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do estado as leis e as normas do SUS; 6.3, conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório; e 6.4, cooperação e apoio técnico aos Municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização, foram avaliados como fragilidades da função, conforme figura 14.



**Figura 14 – Média da FESP/SUS n. 6 em relação à média da função 6 em todos os casos.**

<sup>x</sup> Marco regulatório: conjunto de leis e normas que regem a organização e o funcionamento de determinado sistema ou instituição. No caso da saúde, tratam-se de leis e normas que regem a organização e o funcionamento do sistema de saúde em sua totalidade ou em suas partes componentes. (Glossário de termos do instrumento de avaliação das FESP/SUS. CONASS, 2007).

Observa-se que a maioria dos casos afirmou revisar periodicamente o marco regulatório no âmbito estadual, reconhecendo, porém, dificuldades na sua execução e na cooperação e apoio técnico aos municípios, além da baixa capacidade institucional da área.

A avaliação como fortaleza do indicador 6.1, referente à revisão periódica do marco regulatório pode estar relacionada à excessiva normatização do SUS, com a edição de inúmeras portarias federais que dificultam a operação do sistema e, muitas vezes, imobilizam a capacidade criativa e inovadora dos gestores e equipes de saúde. Dobashi, Bretas Júnior e Silva (2010) demandam a revisão e atualização das normas estaduais, para adequá-las às novas regulamentações feitas pela esfera federal.

Os indicadores 6.2 e 6.3 avaliados como fragilidade, parecem indicar que as ações implementadas a partir da radicalização da descentralização das ações de fiscalização, controle e auditoria, ocorrida principalmente a partir do Pacto pela Saúde, não foram suficientes para garantir a estruturação e qualificação das áreas responsáveis por essas atividades, inclusive para o desempenho da cooperação e apoio técnico aos municípios nessa função.

Analisando-se a trajetória das atividades de fiscalização, controle e avaliação, observa-se que de 1990 a 1993, essas atividades eram desenvolvidas, por meio de sistemas de controle, avaliação e auditoria tradicionais, de forma centralizada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps e/ou nas estruturas estaduais descentralizadas instituídas pelo Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>xi</sup> e que mantiveram praticamente inalteradas as rotinas e fluxos definidos anteriormente pelo Inamps.

Somente a partir das mudanças propostas pelas NOBs 01/93, 01/96 e Noas 01/2002 os estados e municípios passaram a realizar ações de controle dos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão, dependendo da condição de gestão adotada, conforme previam as normas citadas. No período, também foram importantes para o processo de descentralização a extinção do Inamps, em 1993, e a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em 1995, criando os componentes estadual e municipal da auditoria, que tinha como principais

---

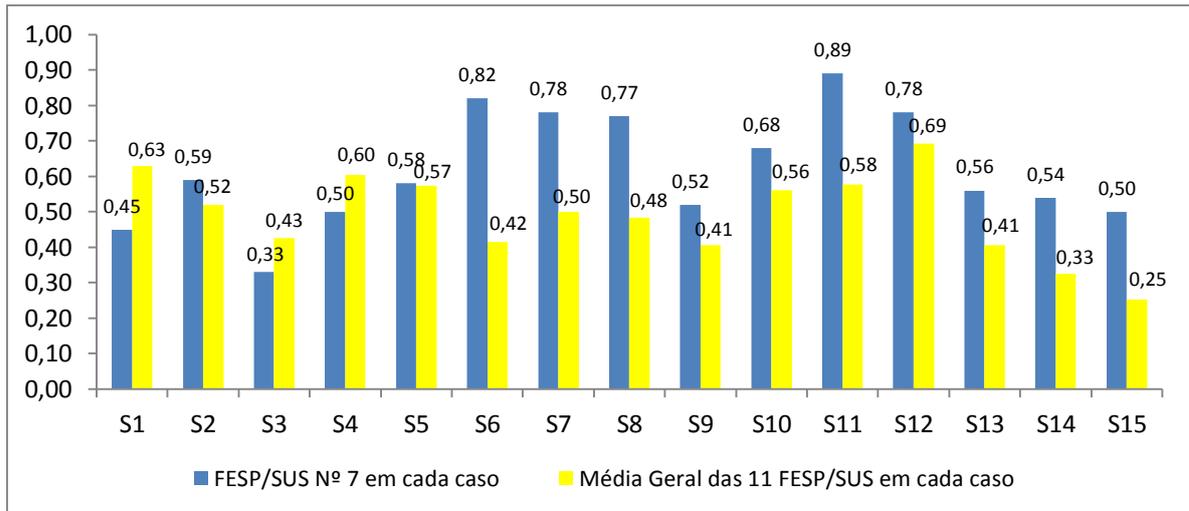
<sup>xi</sup> Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha também como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária.

atribuições o controle da execução segundo padrões estabelecidos; a avaliação de estrutura, processos e resultados; a auditoria da regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial e, também, o controle dos consórcios intermunicipais. (SANTOS e MERHY, 2006). Em 2006, o Pacto de Gestão do SUS radicalizou a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios e estabeleceu as responsabilidades dos gestores municipal e estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde e definidos os indicadores de monitoramento e avaliação do desempenho dessa função (CONASS, 2011c).

Entretanto, é importante observar que no processo de descentralização, ao incorporar as ações de fiscalização controle e auditoria nas suas funções as SES mantiveram a lógica adotada pela esfera federal desde a época do Inamps, atendo-se à implementação de ações de controle contábil, financeiro e assistencial dos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão (controle de faturas, vistorias, revisão de procedimentos assistenciais, auditoria médica) (SANTOS e MERHY, 2006).

Finalmente, a avaliação como fragilidade do indicador 6.4 (cooperação e apoio técnico aos municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização), reflete a avaliação dos dois indicadores anteriores, uma vez que se as SES não tem estrutura para o bom desempenho da função para a própria gestão estadual, também não poderá fazê-lo para os municípios.

**A avaliação da FESP/SUS N. 7**, promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, foi considerada *fortaleza* em 12 casos (S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 e S15), *fragilidade* em 03 casos (S1, S3 e S4), figura 15.



**Figura 15 – Média da FESP/SUS n. 6 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

A avaliação da FESP/SUS N 7 como uma fortaleza da gestão, pode estar relacionada a uma contradição identificada no instrumento de autoavaliação. Observa-se que tanto o padrão da função, como dos indicadores foram elaborados do ponto de vista da microregulação assistencial, que inclui a regulação do acesso, enquanto as perguntas e subperguntas verificadoras foram elaboradas do ponto de vista da microrregulação da assistência.

Segundo Santos e Merhy, a macrorregulação consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão, tais como o estabelecimento de planos estratégicos, de projetos prioritários, de relação com o controle social, as definições orçamentárias maiores, a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações, a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde, como a microrregulação, que traduz o cotidiano da operação do sistema, as regras gerais estabelecidas na macrorregulação, articulando e conjugando as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços. Além disto, implica avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma inteligência reguladora operacional. Portanto, a assistência refere-se a um conjunto de ações e atividades e, inclui a regulação do acesso (SANTOS e MERHY, 2006).

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o

planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (CONASS, 2011b).

No setor saúde brasileiro esses dois termos tem sido utilizados sem muito rigor, levando à adoção de diferentes entendimentos, concepções e práticas de regulação ao longo do tempo, que variam em função do modelo de prestação de serviços adotado. Antes da instituição do SUS a regulação era função das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)<sup>xii</sup>, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>xiii</sup> e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)<sup>xiv</sup>, este último operando um modelo de regulação centrado no controle sobre os gastos do setor, com quase nenhuma relação com a qualidade dos serviços prestados e com a regulação do acesso, sendo apoiados em uma excessiva normatização, imposição de regras e fluxos para a execução de ações de saúde. (SANTOS e MERHY, 2006).

Em todo o processo normativo que se seguiu à instituição do SUS, observa-se a tentativa de definir tanto o conceito quanto o papel das três esferas de gestão na regulação, bem como estabelecer seus regramentos, principalmente nos componentes relacionados ao controle e a avaliação dos serviços, cujas ações foram gradualmente sendo descentralizadas. Em 2002, a Noas/SUS 01/2002 adotou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada, não às necessidades de saúde da população, mas à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>xv</sup>. No Pacto da Saúde, os gestores do SUS reforçaram a adoção do conceito de regulação assistencial, definindo-a não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde e definiram suas responsabilidades na regulação, implementando a descentralização das ações de regulação para estados e municípios (CONASS, 2011b).

---

<sup>xii</sup> A Previdência Social no Brasil deu seus primeiros passos com a Lei Eloy Chaves de 1923 que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que eram geralmente organizadas por empresas e sob regulação do estado. Em 1930 foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que eram autarquias de nível nacional centralizadas no governo federal.

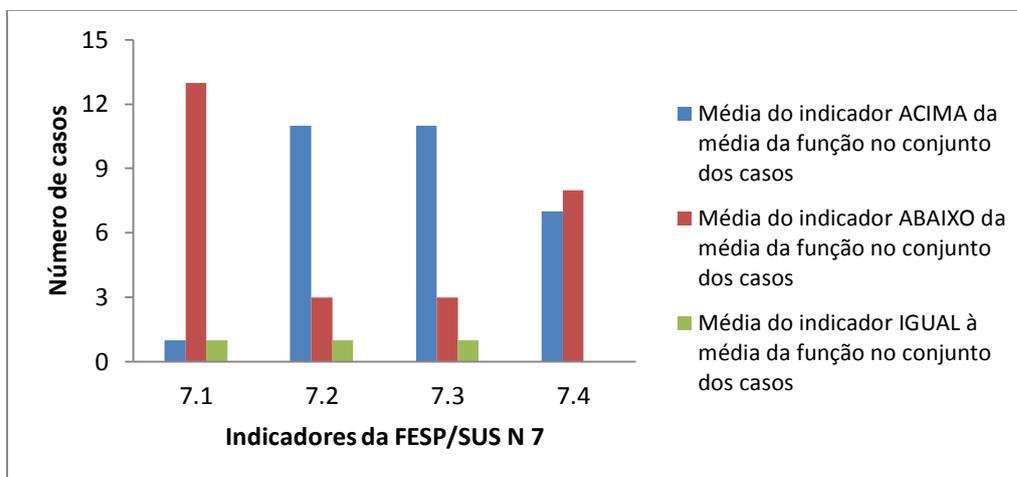
<sup>xiii</sup> Instituto Nacional de Previdência Social, instituído em 1966.

<sup>xiv</sup> Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

<sup>xv</sup> Instituída na NOB 01/1996, a Programação Pactuada Integrada foi definida pela Noas 01/2002 como um instrumento fundamental de planejamento das ações e serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos.

Com a descentralização das ações de regulação, as SES adotaram métodos e instrumentos de apoio para o desempenho dessa função, qualificando as áreas responsáveis por essa atividade, tanto no que se refere à infraestrutura, quanto aos recursos humanos, contribuindo para isso a instituição da Política Nacional de Regulação<sup>xvi</sup>, em 2008 e o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde<sup>xvii</sup>, em 2009.

Na análise dos indicadores dessa função, conforme figura 16, verifica-se que foram avaliados como fortalezas os indicadores 7.2 e 7.3 e como fragilidades, os indicadores 7.1 e 7.5.



**Figura 16 – Média da FESP/SUS n. 7 em relação à média da função 7 em todos os casos**

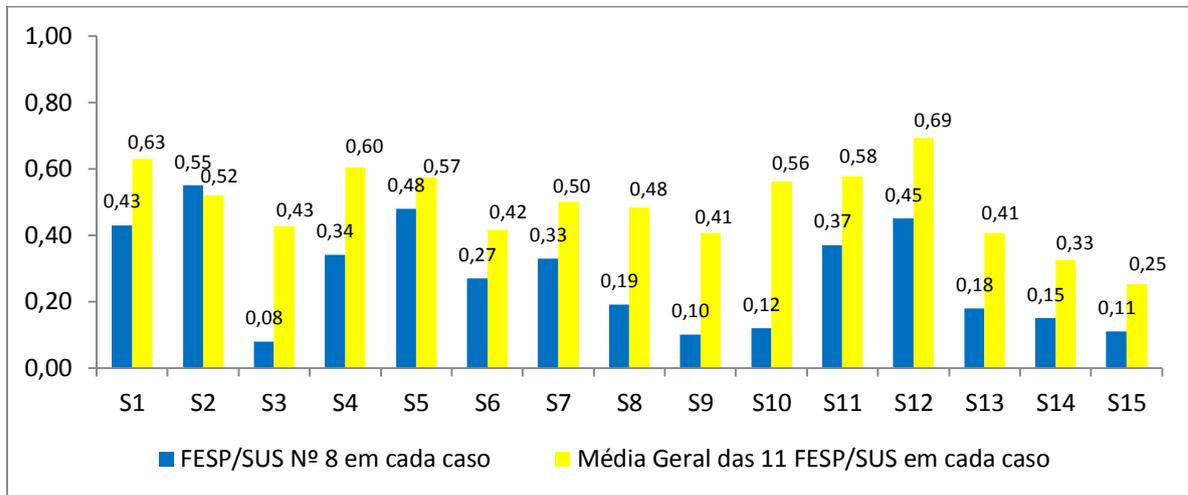
A avaliação parece refletir o exposto acima ao apontar tanto como fortalezas da função os indicadores 7.2, e 7.3, referentes à regulação da assistência, que avaliam respectivamente, os instrumentos e mecanismos técnicos (pessoal e utilização de instrumentos) e políticos (articulações com o Conselho Estadual de Saúde e com universidades) para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde, como ao apontar como fragilidade o indicador 7.1, referente à regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde, sendo a avaliação como fragilidade do indicador 7.5, referente à cooperação e apoio técnico aos municípios um reflexo desta.

A **FESP/SUS N. 8**, administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde, foi avaliada como *fragilidade* em 14 casos (S1, S3, S4, S5, S6,

<sup>xvi</sup> Portaria GM/MS n. 1.559, de 1.º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação e estabeleceu as ações para a sua implantação.

<sup>xvii</sup> Portaria GM/MS n. 2.907, de 23 de novembro de 2009

S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 e S15) e *fortaleza* em 01 caso (S2), conforme figura 17.



**Figura 17 – Média da FESP/SUS n. 8 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

A FESP/SUS n. 8, que na versão original da Opas referia-se apenas ao desenvolvimento e à capacitação de recursos humanos (RH), incorporou em sua definição algumas atribuições de gestão do trabalho em sentido mais amplo, contemplando, o diagnóstico da situação dos recursos humanos em saúde em todo o estado e não apenas no âmbito da secretaria estadual; a formação, qualificação técnica e profissional e a educação permanente em saúde para a qualificação da gestão e da prestação de serviços no SUS; o desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino para a implementação e a reorientação de programas de graduação e pós-graduação, baseados em competências e nos perfis profissionais necessários ao sistema público de saúde; o desenvolvimento da capacidade institucional das secretarias para o planejamento e o gerenciamento de recursos humanos e o apoio e a cooperação técnica com os municípios.

Os resultados encontrados – em apenas 1 caso a função foi considerada fortaleza – estão em consonância com as evidências que assinalam a área de recursos humanos como um dos grandes problemas estruturais da implementação do SUS no Brasil.

O trabalho na área da saúde vem sendo objeto de preocupação e análise em todo o mundo, considerando, entre outros aspectos, que o uso intenso e diversificado de mão-de-obra, faz o setor absorver com muita rapidez as transformações do mercado de trabalho em geral (MACHADO, 2009). No Brasil a

expansão acelerada e em grande escala dos serviços a partir da descentralização das ações e serviços de saúde – de menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para cerca de um milhão e meio em 1992 e, para mais de dois e meio milhões em 2005 (MACHADO, 2009) – ocasionou transformações significativas na composição e estruturação da força de trabalho em saúde.

Destacam-se nessas transformações a incorporação da terceirização de serviços nas diferentes esferas de gestão, comprometendo a as relações entre as diferentes equipes e a boa condução das políticas e práticas, no conjunto do setor; a heterogeneidade de vínculos que mudam radicalmente os mecanismos de ingresso e manutenção do trabalhador e as habilidades e competências necessárias para a gestão do trabalho e a precarização do trabalho<sup>xviii</sup>, ocasionada adoção por parte das administrações federal, estadual e municipal ao longo dos últimos anos, de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciadas e que muitas vezes se por déficit ou ausência de direitos de proteção social (CONASS, 2011e; NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Essa situação que atinge as três esferas de gestão, é agravada na gestão municipal, onde diversas pesquisas indicam que a irregularidade do vínculo de trabalho chega a alcançar metade ou mais dos trabalhadores, principalmente na estratégia Saúde da Família (ESF). Machado destaca os dados de uma pesquisa patrocinada pelo Ministério da Saúde que evidenciou tal situação de irregularidade no tocante ao médico:

As modalidades de contratação de médicos corresponderam, em 34,3% das equipes de saúde da família, a contratos temporários e em 15,5% de prestação de serviços. Somando-se esta última modalidade com outras formas de contratação que podem ser classificadas como as mais precárias (bolsa, contrato informal e contrato verbal), foi alcançado um valor de 18,1% das equipes pesquisadas. Formas de contratação estáveis (estatutário e CLT) corresponderam, para o país, respectivamente a 12,2% e 13,2%, perfazendo um total de 25,4% nestas duas modalidades. (GIRARDI, 2007 *apud* MACHADO, 2009, p. 2)

---

<sup>xviii</sup> Três principais conceituações de precariedade e informalidade do trabalho são encontradas: 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos. este último é o conceito de informalidade do trabalho adotado pela organização internacional do trabalho (OIT), nesse caso, a vulnerabilidade do trabalhador não é definida em termos da inexistência de proteção social ou da limitada duração do contrato de trabalho, mas pelo fato de que esses empregos são facilmente destruídos pela falta de vigor e competitividade do setor econômico que os gera (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

Aliam-se a esses problemas a carência de médicos, persistente no Brasil e as dificuldades de no recrutamento, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, esta última, vivenciada por países com distintos sistemas econômicos e políticos e níveis de riqueza e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países regiões. (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009).

Essas transformações também impactam a educação na saúde que enfrenta como principais desafios, a formação, qualificação técnica e profissional e a educação permanente em saúde para a qualificação da gestão e da prestação de serviços no SUS, o desenvolvimento de parcerias com instituições de ensino para a implementação, a reorientação de programas de graduação e pós-graduação, baseados em competências e nos perfis profissionais necessários ao sistema público de saúde e o equilíbrio regional na oferta de vagas com as carências conhecidas das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Na gestão estadual do SUS, pesquisa realizada pelo CONASS nas secretarias de saúde em 2004, os principais problemas da gestão do trabalho, a carência de pessoal, a insatisfação com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), baixos salários, contratos temporários, dificuldade na fixação e na qualificação dos profissionais. Na área de educação na saúde os principais problemas apontados relacionam-se à dissociação entre as áreas de gestão de RH e a área desenvolvimento e formação e entre as áreas técnicas e operacionais das SES e as de desenvolvimento e formação de RH; a fragmentação do processo de capacitação; a inexistência, na maioria das SES, de um diagnóstico das necessidades, e de um plano de ação, para o desenvolvimento e formação de RH para as SES e para o SUS estadual em seu conjunto (incluindo serviços municipais, universitários e rede contratada e conveniada); excessiva subordinação às propostas e aos recursos federais; dissociação entre os serviços e a academia; inexistência de avaliação dos resultados dos processos de desenvolvimento e formação de RH.

A pesquisa evidenciou ainda a necessidade de desenvolver mecanismos próprios para melhorar o desempenho da área de gestão do trabalho e da educação na saúde, institucionalizando sistemas de planejamento que orientados por metas e objetivos institucionais, que permitam aos gestores utilizá-los na gestão e regulação da força de trabalho (CONASS, 2004).

A partir de 2003 várias propostas foram pactuadas na CIT visando à implementação de ações para o enfrentamento dos problemas da área, das quais destacamos o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) visando apoiar a estruturação dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a organização e o fortalecimento de seus sistemas de informação e qualificar os recursos humanos envolvidos com a gestão dessa área e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

Na análise dos indicadores da função observa-se que os indicadores 8.1, análise da situação da força de trabalho em saúde no estado; 8.2, qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no estado; 8.4, administração de recursos humanos da rede pública no estado e 8.5, cooperação técnica aos municípios para o desenvolvimento de recursos humanos, foram avaliados como fragilidades da função, enquanto o indicador 8.3, formação e pós-graduação em saúde, foi avaliado como fragilidade, conforme figura 18.

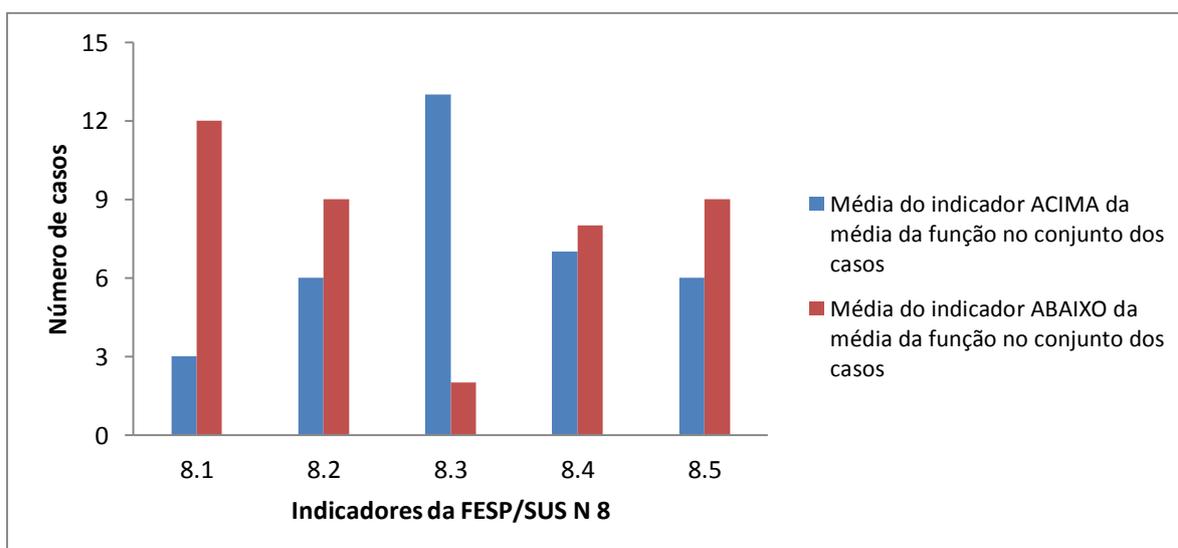


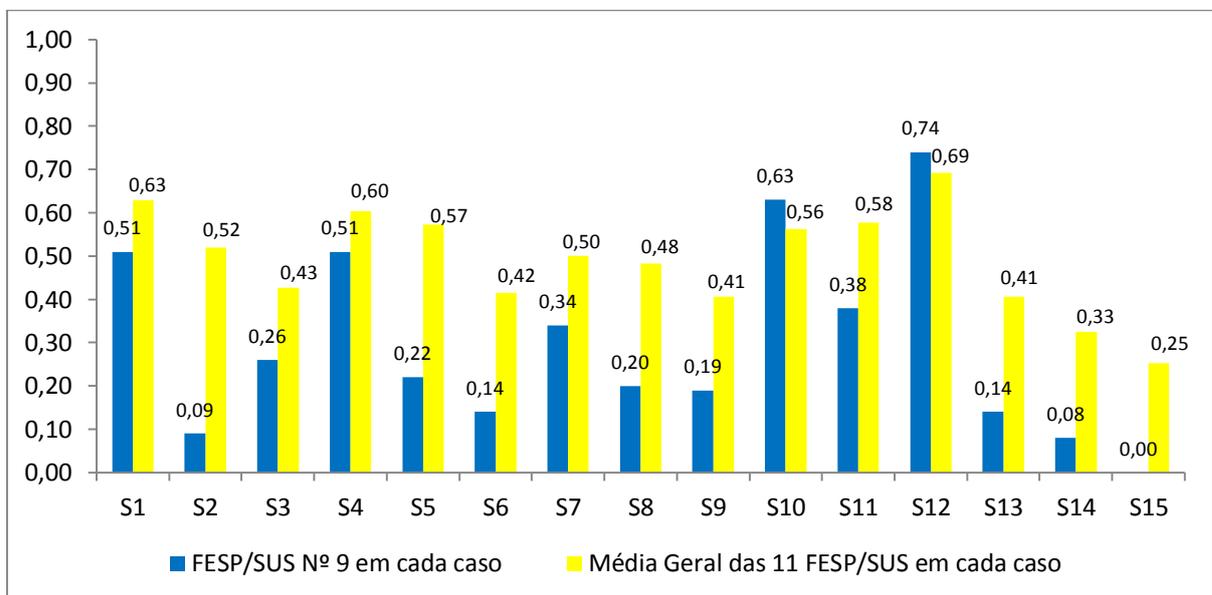
Figura 18 – Média da FESP/SUS n. 8 em relação à média da função 8 em todos os casos

Observa-se que a avaliação dos indicadores reforça e explicam a avaliação da função como uma fragilidade da gestão, com destaque para o indicador 8.3, referente à formação e pós-graduação em saúde que foi avaliado como fortaleza da função.

A avaliação desse indicador pode estar relacionada à implementação das ações relativas à educação permanente a partir de 2006, quando na pactuação da PNEPS foi instituída a transferência regular e automática de recursos da União para

estados e municípios para implementação da educação permanente em saúde e possibilitou articulação da educação permanente ao Pacto pela Saúde e ao processo de regionalização; definição mais clara do papel das Secretarias de Estado da Saúde na política de educação permanente; a elaboração de planos de educação permanente, elaborados com base nas necessidades dos serviços, impactando nas necessidades reais dos serviços de saúde e a elaboração de projetos com base em uma lógica ascendente e de forma colegiada. (CONASS, 2011e).

**A FESP/SUS N. 9**, promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde, foi considerada *fragilidade* em 13 casos (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S13, S14 e S15) e *fortaleza* em 02 casos (S10 e S12), conforme figura 19.



**Figura 19 – Média da FESP/SUS n. 9 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

Essa função tem como padrões o desenvolvimento de sistemas de avaliação e melhoria de qualidade, o estabelecimento de normas relativas às características primárias que os sistemas de garantia devem ter; a melhoria de qualidade; e a supervisão do cumprimento de serviços pelos prestadores responsáveis; a definição, a divulgação, a explicação e a garantia dos direitos dos usuários; a existência de um sistema de avaliação de tecnologias de saúde que colabora no processo de tomada de decisão de todo o sistema de saúde e contribui para melhorar sua qualidade; a utilização da metodologia científica para a avaliação da qualidade de intervenções de saúde nos diversos graus de complexidade e a existência de sistemas de

avaliação da satisfação dos usuários e o uso dessa avaliação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

A avaliação dessa função como fragilidade na maioria dos casos, está relacionada à dificuldade de definição do conceito de qualidade e o estabelecimento de padrões que definam os indicadores para sua melhoria. O conceito de qualidade e o estabelecimento de padrões que definam os indicadores para sua melhoria, constituem-se em grandes desafios, conceituais e metodológicos, apesar dos esforços da OMS, desde o início dos anos, 80 em desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde (VUORI, 1982).

Há na literatura, inúmeras definições de *qualidade*, elaboradas com base em perspectivas particulares, assumindo várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva (mensurável e generalizável) ou subjetiva (espaço das vivências, das emoções, do sentimento; expressam singularidades) – multidimensionalidade – além de variar de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, de acordo com seu papel dentro da instituição gestora e/ou de sua relação com o serviço em questão. (UCHIMURA e BOSI, 2002, citando vários autores).

Os autores exemplificam:

[...] análises voltadas ao estudo dos componentes, seja do cuidado médico ou de um programa de promoção da saúde, constituiriam estudos da qualidade na sua dimensão objetiva, ou seja, avaliações da qualidade formal de um programa. Já os estudos centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos, caracterizariam estudos de avaliação qualitativa de programas. (UCHIMURA e BOSI, 2002, p. 6)

Além da multidimensionalidade de seu conceito, a qualidade depende também da complexidade da concepção de saúde; da variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde, com diferentes pontos de vista; da pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade; das peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços e de fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais. (SERAPIONI, 2009).

Para este autor, na indefinição do conceito de qualidade, a opção foi evidenciar as suas dimensões, o que levou a algumas leituras redutivas da qualidade, abordando apenas alguns de seus aspectos (qualidade/ eficácia técnica

ou a qualidade interessada somente nos aspectos relacionados aos gastos com saúde; ou, ainda, a qualidade que considera somente as percepções dos pacientes), reduzindo a avaliação da qualidade a uma mera sondagem de opiniões.

No SUS a maioria das avaliações está voltada para o processo de descentralização ou de implantação de programas específicos, com predomínio de abordagem quantitativa, sendo que uma das principais dificuldades referidas a efetivação da avaliação em serviços de saúde refere-se ao domínio teórico de métodos e técnicas especializadas e à precária formação dos profissionais em especial, dos gestores, no que se refere ao campo da investigação de processos sociais.

Uma pesquisa realizada de 2006, na secretaria estadual de saúde do Ceará, referente a práticas de avaliação e de monitoramento do grupo responsável pelo planejamento da atenção básica em nível estadual, apontou como principais resultados a falta de clareza do grupo no que se refere ao conceito qualidade; não distinção das dimensões da qualidade; falta de clareza quanto aos métodos avaliativos; predominância da abordagem quantitativa nas práticas avaliativas, fundamentada em médias e inferências estatísticas; limitação do alcance da avaliação no que se refere à formulação de juízos de valor voltados a intervir melhorar o sistema de saúde, como ferramenta efetiva para a tomada de decisão e gestão da qualidade. (BOSI *et al.*, 2010).

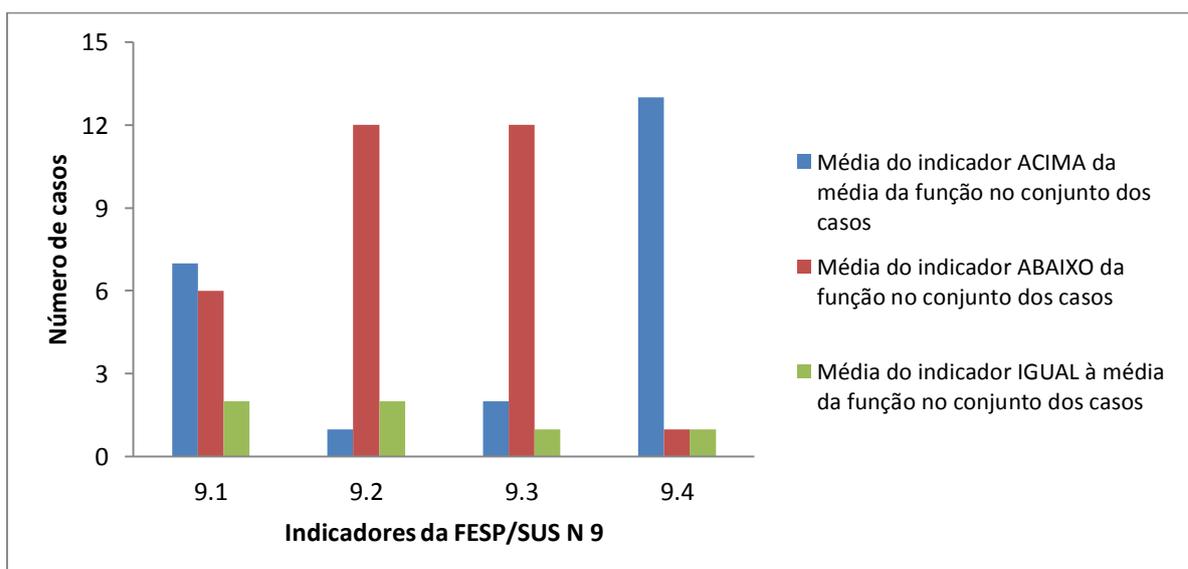
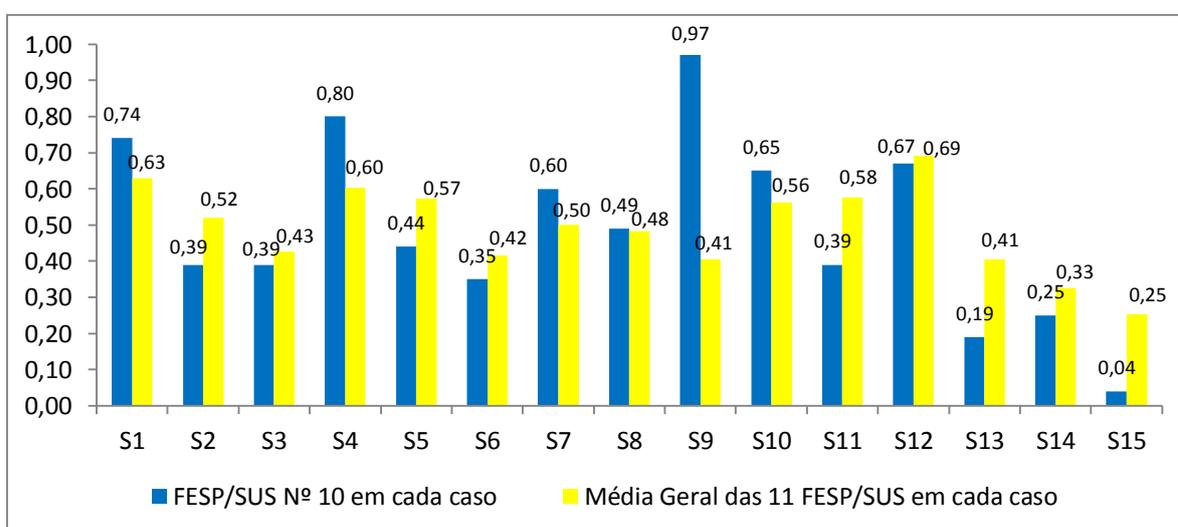


Figura 20 – Média da FESP/SUS n. 9 em relação à média da função 9 em todos os casos

Na análise dos indicadores da função foram avaliados como fragilidades os indicadores 9.1, definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde; 9.2, avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde e 9.3, capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde, foram avaliados como fragilidades e o indicador e 9.4, referente à cooperação e apoio técnico aos municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde, foi avaliado como fragilidade da função, conforme figura 20.

A avaliação dos indicadores 9.1, 9.2 e 9.3 são coerentes com os aspectos relacionados acima. Já avaliação do indicador 9.4, como fortaleza da função, pode estar relacionada ao fato de que as subperguntas de duas das quatro perguntas verificadoras do indicador, apresentam incoerência entre si e não verificam a cooperação.

**A FESP/SUS N. 10**, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, foi considerada *fragilidade* em 09 casos (S2, S3, S5, S6, S11, S12, S13, S14 e S15) e *fortaleza* em 06 casos (S1, S4, S7, S8, S9 e S10), conforme figura 21.



**Figura 21 – Média da FESP/SUS n. 10 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

Esses resultados refletem a incipiência das ações relacionadas à pesquisa e incorporação tecnológica em saúde no SUS. Essa incipiência é explicada pelo fato de que no Brasil, até a década de 1990 os gestores do SUS tinham um papel secundário no fomento científico e tecnológico nas atividades relacionadas à saúde, tradicionalmente liderado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), o que gerou distanciamento entre a produção do conhecimento científico e as reais

necessidades de saúde da população e dificultou a articulação entre a pesquisa em saúde e a Política Nacional de Saúde (GUIMARÃES, 2004).

Somente a partir da realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde é que o Ministério da Saúde passou a liderar a articulação da C&T em saúde no Brasil, desencadeando importantes iniciativas que alavancaram o desenvolvimento da C&T na saúde, tais como a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em 2000 e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) em 2003, a realização da II e III Conferências de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004 e 2005); a aprovação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) e a da elaboração da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (2204); a criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (2003)<sup>xix</sup>; a instituição do Grupo de Trabalho Permanente de Avaliação de Tecnologias em Saúde; a instituição da Comissão de Incorporação de Tecnologias (Citec), em 2008 e a instituição em 2009 da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde<sup>xx</sup> (CONASS, 2009).

Entre as ações que mais contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de gestão de Ciência e Tecnologia – C&T nos estados destaca-se a criação em 2004 do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) que atribui como responsabilidades das SES a definição de prioridades de pesquisas, sua avaliação e acompanhamento e incorporação dos seus resultados nos sistemas, serviços e políticas de saúde em nível local. O PPSUS também descentralizou recursos aos estados para a produção de conhecimento sobre problemas locais, em consonância com as prioridades estabelecidas na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde e com as vocações regionais de pesquisa em saúde, o que contribuiu para as ações iniciais de estruturação da área nas SES.

Destaca-se ainda, a instituição da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde (Rebrats), que estabeleceu parcerias com instituições de ensino para realização de cursos de pós-graduação em gestão de tecnologias em saúde voltados para os profissionais do SUS (2008).

Esta breve análise das ações desenvolvidas no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde nos últimos anos revela muitos avanços na direção do

---

<sup>xix</sup> Portaria GM/MS n. 1.418, de 24 de julho de 2003.

<sup>xx</sup> Portaria GM/MS n. 2.690/2009.

cumprimento da diretriz constitucional de incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em saúde. Entretanto, a institucionalização da ciência e da tecnologia no âmbito do SUS permanece como desafio a ser superado pelas SES.

Na análise dos indicadores da função verifica-se que o indicador 10.1, referente ao desenvolvimento de uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, foi considerado uma fragilidade da função, refletindo as considerações acima. A avaliação dos indicadores 10.2, desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica e 10.3, cooperação e apoio aos municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde, como fortalezas da função, parecem refletir o a estruturação da área na SES, o diálogo estabelecido com os municípios para a elaboração da agenda de prioridades de pesquisas e maior envolvimento das equipes estaduais com o tema a partir da instituição do PPSUS, conforme figura 22.

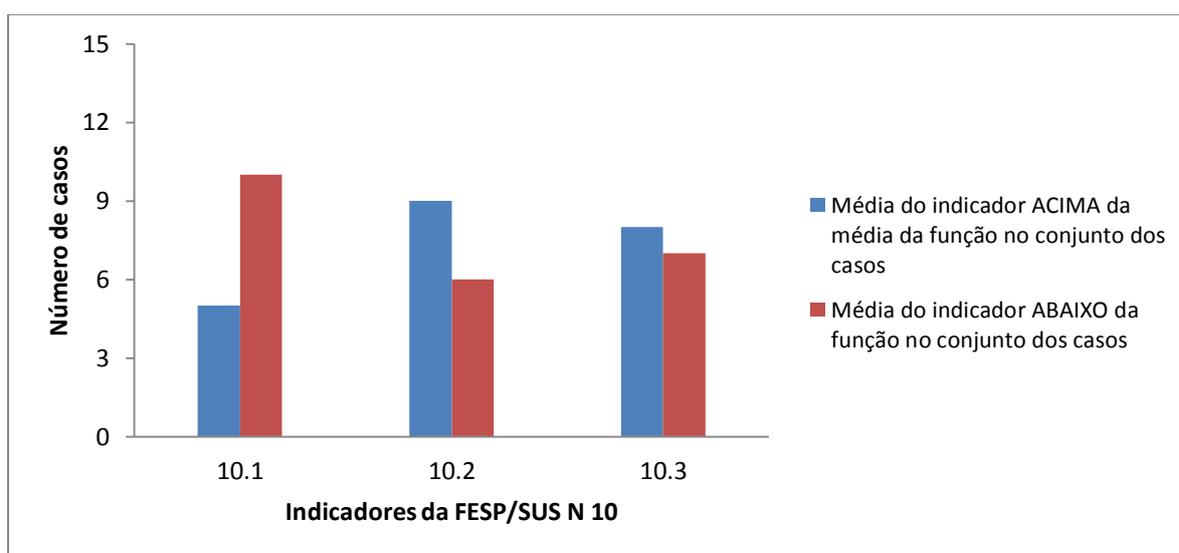
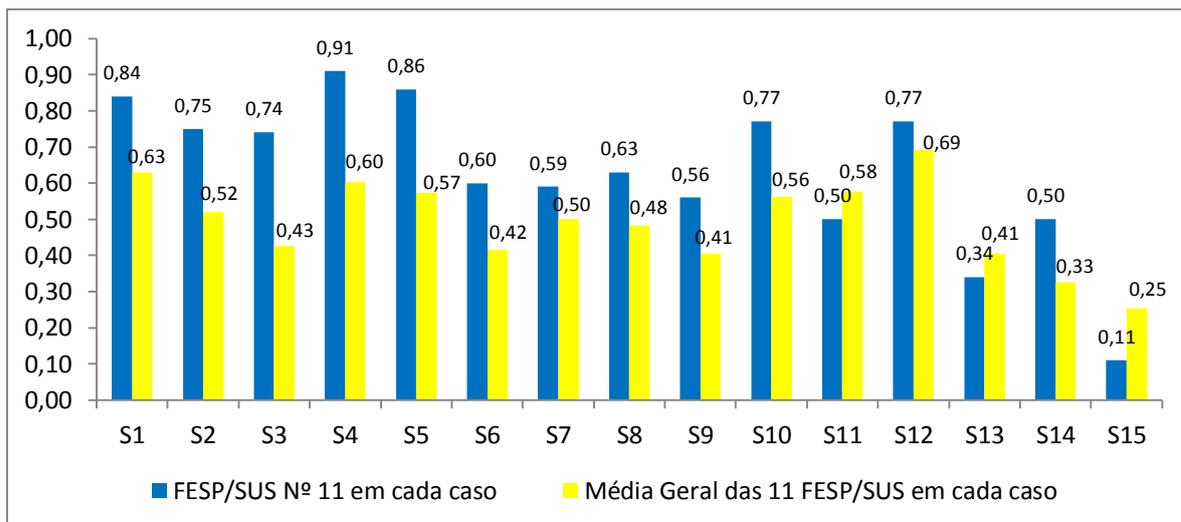


Figura 22 – Média da FESP/SUS n. 10 em relação à média da função 10 em todos os casos

A **FESP/SUS N. 11**, coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde, foi considerada *fortaleza* em 12 casos (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S12 e S14), *fragilidade* em 03 casos (S11, S13 e S15), conforme figura 23.



**Figura 23 – Média da FESP/SUS n. 11 comparada à média geral das 11 FESP/SUS em cada caso**

A avaliação dessa função como fortaleza na maioria dos casos pode estar relacionada ao intenso processo de mobilização das instâncias gestoras estaduais do SUS, a partir da segunda metade da década de 1990, na retomada do papel do estado de coordenador e regulador da política estadual de saúde, e ao modelo de regionalização desencadeado a partir da Noas 01/SUS, fortalecido pelo Pacto pela Saúde e mais recentemente pelo Decreto n. 7.508/2011.

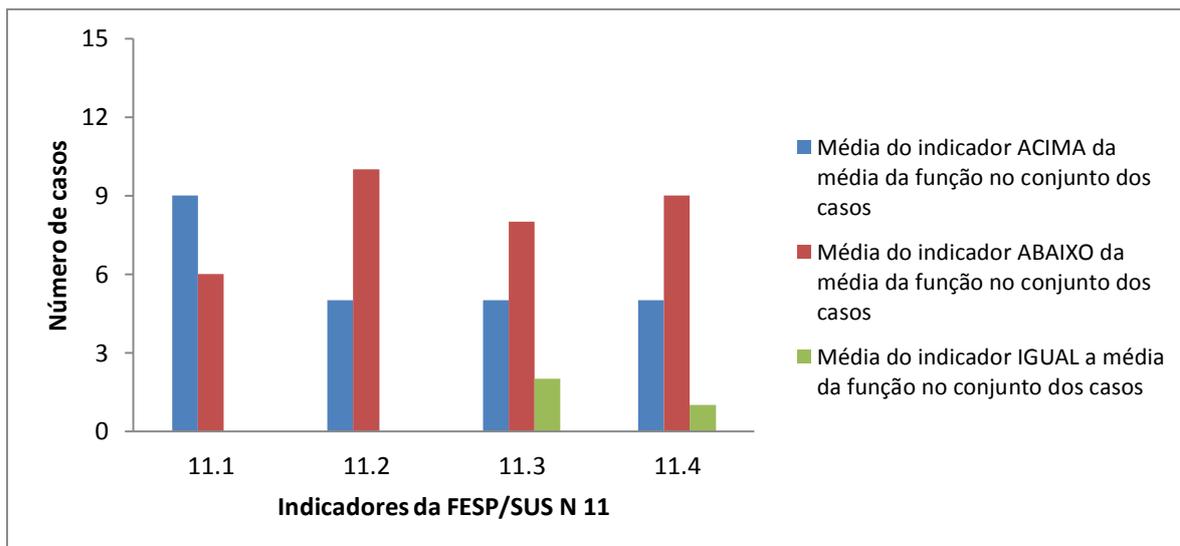
As Noas 01/2001 e 01/2002 induziram a reorganização do sistema de saúde por meio da regionalização, buscando fortalecer o papel coordenador/negociador dos estados e garantir a integralidade da assistência consolidando a atenção primária como a porta de entrada do sistema. Embora não tenham sido implementadas em virtude de sua excessiva normatividade técnica e rigidez que permeavam a proposta de conformação das microrregiões e regiões de saúde, houve um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos estados, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) (VIANA, 2008).

O Pacto pela Saúde retomou as propostas da NOB 1/1996 e da Noas com ênfase na regionalização e na busca de melhor definição do papel dos gestores em suas respectivas esferas de governo e trouxe significativa inovação com a proposta de criação das Regiões de Saúde com os respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), e pela maior clareza quanto ao papel da gestão estadual do SUS (CONASS, 2011c).

Sua implantação em âmbito estadual demandou esforços de tanto das equipes técnicas das SES, como o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde nos estados (Cosems) que se mobilizaram em várias frentes favorecendo a discussão da regionalização, da elaboração dos instrumentos de planejamento, da organização dos Colegiados de Gestão Regional e de toda a estrutura de pactuação das responsabilidades sanitárias de cada gestor; como do Ministério da Saúde através de equipes de apoiadores para visitar os estados e colaborar nas reuniões que estavam organizando para a implantação do Pacto. Os órgãos de representação estadual e municipal – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) também se organizaram para prestar cooperação técnica aos estados e municípios e discutir com o Ministério da Saúde os desdobramentos necessários nas normas que permitissem maior agilidade na implantação do Pacto.

Esse esforço conjunto contribuiu para que em 2010, todos os estados e 3.345 municípios tivessem aderido ao Pacto pela Saúde e assinado seus Termos de Compromisso de Gestão, documento de formalização do Pacto pela Vida, pactuado nas CIBs e aprovado pelos Conselhos de Saúde.

Na análise dos indicadores da função verifica-se que o indicador 11.1, construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde, foi avaliado como fortaleza da função, o que guarda coerência com o exposto acima. Por outro, lado os indicadores 11.2, desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual e 11.3, coordenação do processo de programação pactuada da oferta de ações e serviços no âmbito estadual e 11.4, cooperação técnica com Municípios para o desenvolvimento do processo de reorganização do modelo de atenção à saúde, foram avaliados como fragilidades da função, conforme figura 24.



**Figura 24 – Média da FESP/SUS n. 11 em relação à média da função 11 em todos os casos**

Essa avaliação aponta para o fato de que o exercício do papel coordenador e regulador da política estadual de saúde, especialmente no que tange à coordenação da regionalização, se colocou como um desafio para a gestão estadual na medida em que, na maioria das SES, a máquina administrativa (recursos financeiros, estrutura física e pessoal – quantidade/qualificação) ainda estava desenhada para a prestação de direta de serviços assistenciais e não para este novo papel que pressupõe o exercício de atividades muito complexas, corroborando com Paim e Teixeira que ao analisar a institucionalização do SUS reconhecem esse desafio como um dos nós críticos, relativos ao desenho e ao processo de gestão do SUS para todos os gestores.

Falta de gestão profissionalizada, ou seja, persistência de mercado "amadorismo" na gestão do sistema em todos os níveis, tanto pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pelo fato da persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema (PAIM e TEIXEIRA, 2007).

#### 4.3 A REPRESENTAÇÃO DOS INDICADORES AGREGADOS POR ÁREA DE AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO

Na avaliação geral dos 47 indicadores distribuídos em todas as funções, 26 foram avaliados como fragilidades e 21 como fragilidades de suas respectivas funções.

A área de capacidade institucional e infraestrutura agrega 11 indicadores dos quais 7 foram avaliados como fortalezas de suas funções (1.3; 1.4; 2.2; 5.3; 5.4; 7.2 e 10.2) e 4 como fragilidades (2.3; 6.3; 8.2 e 9.3), conforme figura 25.

Função	Avaliação da Função	Descrição do Indicador	Avaliação do indicador
N. 1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado	Fortaleza	1.3 Capacidade técnica e recursos para o monitoramento, a análise e a avaliação da situação de saúde.	Fortaleza
		1.4 Suporte tecnológico para o monitoramento e a avaliação da situação de saúde.	Fortaleza
N. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.	Fortaleza	2.2 Capacidades técnica e institucional para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde.	Fortaleza
		2.3 Capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública.	Fragilidade
N. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde	Fortaleza	5.3 Desenvolvimento da capacidade institucional de Gestão do Sistema Estadual de Saúde.	Fortaleza
		5.4 Capacidade de gestão para cooperação com a esfera federal e a estadual.	Fortaleza
N. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.	Fragilidade	6.3 Conhecimentos, habilidades e mecanismos para revisar, aperfeiçoar e fazer cumprir o marco regulatório.	Fragilidade
N. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde	Fortaleza	7.2 Instrumentos e mecanismos técnicos para promover e garantir o acesso universal e equitativo da população aos serviços de saúde.	Fortaleza
N. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.	Fragilidade	8.2 Qualificação, capacitação e educação permanente da força de trabalho no Estado.	Fragilidade
N. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde	Fragilidade	9.3 Capacidade de gestão da qualidade dos serviços de saúde.	Fragilidade
N 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	Fragilidade	10.2 Desenvolvimento da capacidade institucional de pesquisa e incorporação tecnológica.	Fortaleza

**Figura 25 – Avaliação dos indicadores da área de capacidade institucional e infraestrutura em relação à média das funções**

Na área de cooperação e apoio técnico as municípios também com 11 indicadores, 07 foram avaliados como fragilidades de suas funções (1.5; 4.3; 5.5; 6.4; 7.4; 8.5; 11.4) e 4 como fortalezas (2.5; 3.5; 9.4 e 10.3), conforme figura 26.

Função	Avaliação da Função	Indicador	Avaliação do indicador em relação à função
N.1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado	Fortaleza	1.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde.	Fragilidade
N. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.	Fortaleza	2.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios.	Fortaleza
N. 3: Promoção da Saúde.	Fragilidade	3.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer as ações de promoção da saúde.	Fortaleza
N. 4: Participação Social na saúde.	Fragilidade	4.3 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para fortalecer a participação e o controle social em saúde.	Fragilidade
N. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde	Fortaleza	5.5 Cooperação técnica com os Municípios para o desenvolvimento de políticas, planejamento e gestão do SUS.	Fragilidade
N+A5. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.	Fragilidade	6.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para criação de leis e normas municipais de controle, auditoria e fiscalização.	Fragilidade
N.7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	Fortaleza	7.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para promover e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	Fragilidade
N. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.	Fragilidade	8.5 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para o desenvolvimento de Recursos Humanos.	Fragilidade
N. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde	Fragilidade	9.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para garantir a qualidade dos serviços de saúde.	Fortaleza
N. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	Fragilidade	10.3 Cooperação e apoio técnico aos Municípios, diretamente ou em parceria com instituições acadêmicas, para o desenvolvimento de Pesquisas em Saúde.	Fortaleza
N. 11: Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde	Fragilidade	11.4 Cooperação e apoio técnico aos Municípios para o desenvolvimento da regionalização e da descentralização no âmbito do estado.	Fragilidade

**Figura 26 – Avaliação dos indicadores da área de cooperação e apoio técnico aos municípios**

E na área de resultados e processos chaves, que agrega 25 indicadores, 14 foram avaliados como fragilidades (1.1; 2.4; 3.1; 3.2; 5.1; 6.2; 7.1; 8.1; 8.4; 9.1; 9.2; 10.1; 11.2 e 11.3) e 11 avaliados como fortalezas de suas respectivas funções (1.2; 2.1; 3.3; 3.4; 4.1; 4.2; 5.2; 6.1; 7.3; 8.3 e 11.1), conforme figura 27.

Função	Indicador	Avaliação do indicador em relação à função
N. 1 - Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado	1.1 Instrumentos e processos de monitoramento e análise da situação de saúde.	Fragilidade
	1.2 Avaliação da qualidade da informação em saúde.	Fortaleza
N. 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.	2.1 Sistema estadual de vigilância à saúde para identificar riscos e agravos à saúde.	Fortaleza
	2.4 Resposta oportuna e efetiva para o controle de agravos e riscos à saúde.	Fragilidade
N. 3: Promoção da Saúde.	3.1 Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e elaboração de normas e intervenções para favorecer condutas e ambientes saudáveis.	Fragilidade
	3.2 Formação de alianças setoriais e inter-setoriais para a promoção da saúde.	Fragilidade
	3.3 Planejamento e coordenação estadual das estratégias de informação, educação e comunicação social para a promoção da saúde.	Fortaleza
	3.4 Reorientação do sistema e dos serviços de saúde com ênfase na promoção da saúde.	Fortaleza
N. 4: Participação Social na saúde.	4.1. Fortalecimento do poder dos cidadãos na tomada de decisões em saúde.	Fortaleza
	4.2 Fortalecimento da participação e do controle social em saúde.	Fortaleza
N. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde	5.1 Formulação de políticas de saúde no âmbito estadual.	Fragilidade
	5.2 Implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde.	Fortaleza
N. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde.	6.1 Revisão periódica, avaliação e modificação do marco regulatório.	Fortaleza
	6.2 Capacidade técnica e institucional para fazer cumprir no âmbito do Estado as leis e as normas do SUS.	Fragilidade
N.7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	7.1 Regulação e avaliação do acesso aos serviços de saúde.	Fragilidade
	7.3 Instrumentos e mecanismos políticos para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.	Fortaleza
N. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde.	8.1 Análise da situação da força de trabalho em saúde no Estado.	Fragilidade
	8.3 Formação e pós-graduação em saúde.	Fortaleza
	8.4 Administração de Recursos Humanos da rede pública no Estado.	Fragilidade
N. 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde	9.1 Definição de padrões e avaliação da qualidade dos serviços de saúde.	Fragilidade
	9.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde.	Fragilidade
N.10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde.	10.1 Desenvolvimento de uma Política Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.	Fragilidade
N. 11: Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde	11.1 Construção do consenso, formulação e implementação de políticas voltadas à organização e coordenação do sistema estadual de saúde.	Fortaleza
	11.2 Desenvolvimento do processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual.	Fragilidade
	11.3 Coordenação da programação pactuada, do controle, avaliação e regulação das ações e serviços de saúde no âmbito estadual.	Fragilidade

**Figura 27 – Indicadores da área de resultados e processos chaves**

A área de capacidades e infraestrutura foi identificada como a que apresentou o maior número de indicadores avaliados como fortalezas da gestão estadual do

SUS para o exercício das FESP/SUS, o que pode estar relacionado à implementação das reformas da administração pública nos estados que vem ocorrendo de forma gradativa desde meados da década de 1995, orientadas para o incremento da capacidade gerencial de governo. Em um estudo sobre as características da gestão estadual, Abrucio constatou avanços significativos na administração pública, destacando a maior regionalização administrativa dos governos estaduais; maior número de parcerias institucionais, sobretudo com municípios e organizações não governamentais (ONGs); maior informatização de sistemas de informação; incremento no uso de planos plurianuais; maior utilização de novos modos de compras governamentais; políticas sociais mais participativas; inovações no relacionamento com os cidadãos; e maior preocupação com o trabalho em redes intergovernamentais. (ABRUCIO, 2005).

Essas melhorias na administração estadual em geral atingiram as secretarias estaduais de saúde em diferentes medidas e de forma heterogênea nos diferentes estados da federação, porém ainda persistem na maioria dos estados, os crônicos problemas dos recursos humanos, tanto relacionados com a Lei de Responsabilidade Fiscal, quanto com a qualificação e profissionalização dos trabalhadores da saúde, além dos problemas de infraestrutura em várias SES. O estudo citado por Abrucio, também apontou alguns problemas relacionados à fragilidade gerencial, desencontros com a política do macroplanejamento, falta de qualidade na ponta do sistema.

Também podem ter contribuído para avaliação dessa área como uma fortaleza, a instituição de vários incentivos financeiros para a estruturação de suas estruturas internas e para realização de oficinas de capacitação de técnicos, relacionadas às diversas políticas implementadas a partir do Pacto pela Saúde.

As áreas de cooperação e apoio técnico aos municípios e de resultados e processos chaves apresentaram o maior número de indicadores avaliados como fragilidades da função, respectivamente, 64% e 48%, o que aponta para a necessidade de priorizar investimentos e desenvolver políticas para a qualificação das equipes técnicas e gerencial e de seus processos de trabalho, visando aumentar a eficácia e eficiência de suas ações no caso da área de resultados e processo chaves e, principalmente, contribuir de forma mais efetiva com a gestão municipal.

## 5 CONCLUSÕES

A pesquisa evidenciou melhor desempenho das **FESP/SUS N. 1**, monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do estado; **FESP/SUS N. 2**, vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; **FESP/SUS N. 5**, desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; **FESP/SUS N. 7**, promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde e **FESP/SUS N. 11**, coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.

As **FESP/SUS N. 3**, promoção da saúde; **FESP/SUS N. 4**, participação social em saúde; **FESP/SUS N. 6**, capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; **FESP/SUS N. 8**, administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde; **FESP/SUS N. 9**, promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde e **FESP/SUS N. 10**, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, foram avaliadas como fragilidades da gestão estadual do SUS.

Esses resultados indicam tendência de fortalecimento e equilíbrio positivo entre as funções de avaliação e planejamento, vigilância em saúde, promoção e garantia de acesso e coordenação da regionalização e tendência de fragilidade para as áreas de promoção da saúde, controle social, marco regulatório e fiscalização, auditoria, recursos humanos, qualidade dos serviços e ciência e tecnologia em saúde.

Os resultados evidenciaram 26 indicadores como fragilidades de suas funções, comprometendo principalmente as áreas de cooperação e apoio aos municípios e de resultados e processos chaves na maioria das funções, enquanto na área de capacidade institucional e infraestrutura as principais funções comprometidas pela fragilidade dos indicadores nessa área são FESP/SUS N. 8 e 9.

Os resultados aqui apresentados demonstram que, na prática, a gestão estadual do SUS enfrenta grandes desafios para consolidar seu papel de condução da política estadual de saúde. O cômputo geral das fragilidades das funções e seus indicadores apontaram como principais problemas a baixa capacidade da gestão estadual do SUS para implementar a capacidade operacional dos laboratórios de saúde pública; desenvolver políticas de promoção à saúde; formular políticas de âmbito estadual; fazer cumprir as leis e normas do SUS; regular o acesso à saúde; administrar os recursos humanos do SUS no âmbito estadual, tanto no que se refere à gestão de pessoas, quando à educação permanente em saúde; promover e

garantir a qualidade dos serviços de saúde; desenvolver uma política de ciência e tecnologia em saúde; desenvolver o processo de regionalização dos serviços de saúde no âmbito estadual e para apoiar os municípios de maneira geral.

A avaliação das FESP/SUS no âmbito da gestão estadual evidencia de forma particularizada as fragilidades e as oportunidades de ação do gestor e de sua equipe, no sentido de superar as dificuldades e fortalecer a “capacidade de governo” da SES e subsidia a elaboração de uma agenda da gestão estadual visando ao seu fortalecimento, construída a partir das fragilidades sentidas e priorizadas pelas equipes dirigentes e técnicas da SES, e não a partir das demandas fragmentadas dos diferentes programas e políticas setoriais.

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

Os resultados dessa pesquisa também poderão subsidiar a elaboração de uma agenda de prioridades da gestão do SUS como um todo, orientando a elaboração e pactuação de propostas que visem ao fortalecimento das FESP/SUS e poderá ainda, orientar no desenho da cooperação do Conass de outros órgãos governamentais e de cooperação internacional, favorecendo a implantação de novos projetos e novas linhas de cooperação, mais simétricos, eficazes e pertinentes às necessidades da gestão estadual do SUS.

Para a continuidade da autoavaliação das FESP/SUS, sugere-se uma revisão de seu conteúdo, visando a correção das contradições citadas nas funções referentes à regulação do acesso e à qualidade da informação, bem como verificar a necessidade de sua adequação às novas normativas instituídas a partir do Decreto n. 7.508/11 que regulamentou a Lei n. 8.080/1990, nos aspectos relacionados a organização SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Finalmente, é importante considerar a necessidade de análise de outros aspectos da autoavaliação que não eram objeto desta pesquisa, tais como o processo de autoavaliação nas SES e a aplicação de seus resultados no planejamento da gestão.

## 6 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; GAETANI, F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão. In: **Consad, Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados**. Brasília: Consad, 2006.

ARAÚJO, A. O.; OLIVEIRA, M. C. **Tipos de pesquisa**. 1997. Trabalho de conclusão da disciplina Metodologia de Pesquisa Aplicada a Contabilidade. Departamento de Controladoria e Contabilidade da USP. São Paulo, 1997.

BAHIA, L. Afinidades comunicativas e as políticas de saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, p. 2275-2284, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006. (Obra original publicada em 1977).

BARROS, F. C. **A dimensão humana da gestão em saúde**. BVS. Blog do Direito Sanitário: saúde e Cidadania. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/12/05/a-dimensao-humana-da-gestao-em-saude/>>. Acesso em 17/01/2013.

BRASIL. Decreto n. 7.508. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument)>.

BRASIL. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília: [s.n.], 2009 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de Saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL; Conselho Nacional de Saúde. Relatório final. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Relatório final. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000, Brasília, 2002.

BRASIL. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BOSI, M. L. M. *et al.* Dimensões da qualidade na avaliação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44, n. 2, p. 318-324, 2010.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CECÍLIO, L. C. O. É preciso politizar o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, p. 2275-2284, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass). Vigilância em Saúde – parte 1. Brasília: Conass, 2011a. Coleção para entender a gestão do SUS.

\_\_\_\_\_. **Regulação em Saúde**. Brasília: Conass, 2011b. Coleção para entender a gestão do SUS. Livro 10.

\_\_\_\_\_. **Legislação do SUS**. Brasília: Conass, 2011c. Coleção para entender a gestão do SUS. Livro 1.

\_\_\_\_\_. **Ciência e tecnologia em saúde**. Brasília: Conass, 2011d. Coleção para entender a gestão do SUS. Livro 11.

\_\_\_\_\_. **A gestão do trabalho e da educação à saúde**. Brasília: Conass, 2011e. Coleção para entender a gestão do SUS. Livro 9.

\_\_\_\_\_. **SUS 20 anos**. Brasília: Conass, 2009.

\_\_\_\_\_. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: Conass, 2007.

\_\_\_\_\_. Atenção primária: seminário do CONASS para Construção de Consensos. **Conass Documenta**, n. 2. Brasília, 2004.

CÔRTEZ, S. M. V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. O. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 401-425.

DUARTE, E. C. *et al.* **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

DOBASHI, B. F.; BRETAS JÚNIOR, N.; SILVA, S. F. **O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde?** In: SANTOS, N. R.; CARVALHO, P. D. (Org.): **Gestão pública e relação público/privado na saúde** Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov.-dez., 2004.

GUIMARÃES, R. Bases para uma política nacional de ciência, tecnologia e inovação em Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 2, p. 375-87, 2004.

HARTZ, Z. M. A. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma nova saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 829-837, 2012.

JESUS, W. L. de A. **Ressignificação do planejamento no campo da saúde coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde: visões “macro” e “micro”. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 23, 2006.

LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Caderno Saúde Pública on line**, Rio de Janeiro, vol.25, n.10, pp. 2095-2109, 2009.

MACHADO, M. H.; MOYSÉS, N. M. N.; OLIVEIRA, E. S. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Trabalho aprovado para ser apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na mesa de discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda, Rio de Janeiro, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. [s.l.]: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MÜLLER NETO, J. S. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

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

NOGUEIRA, R.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. **Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na Administração Pública, 2004**. Rede ObservaRH. Disponível em: <[www.observarh.org.br](http://www.observarh.org.br)>. Acesso em: 14 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción**. Washington: [s.n.], 2002.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA da SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p. 9-10.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p.1819-1829, 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1989.

RISI JUNIOR, J. B. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, n. 4, 2006.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, 85, p. 65-82, jun./2009.

SILVESTRE, R. M. **A horizontalização da cooperação técnica internacional**: o caso das funções essenciais de saúde pública no Brasil. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais, Área de Concentração Estudos Comparados sobre as Américas). Universidade de Brasília, 2007.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 223-38, maio/ago. 2007.

UCHIMURA, K.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 8.n 6, p. 50-69, 2002.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 3, p. 711-724, 2004

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>; <<http://www.scielo.br>>.

VUORI, H. **Quality Assurance of Health Services**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Public Health in Europe, 16), 1982.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2001.

## ANEXOS

### ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CONASS PARA UTILIZAÇÃO DA BASE DE DADOS DAS OFICINAS DE AUTOAVALIAÇÃO DAS FES/SUS REALIZADAS NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE NO PERÍODO DE 2005 A 2011.



Brasília, 10 de junho de 2012.

Por meio deste, o Conselho Nacional de Saúde – CONASS autoriza Rita de Cássia Bertão Cataneli regularmente matriculada no Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNB, nível mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva e servidora dessa instituição, a utilizar a base de dados dos resultados das oficinas de auto avaliação das FES/SUS realizadas nas Secretarias Estaduais de Saúde no período de 2005 a 2011, com o objetivo de analisar as onze Funções Essenciais de Saúde Pública, com vistas a verificar seu desempenho na gestão estadual do SUS, objeto de sua pesquisa e dissertação do referido mestrado profissionalizante.

Certos de que este estudo irá contribuir para o fortalecimento do desempenho das FESP/SUS e para a construção de novos modelos de cooperação técnica que resultem efetivamente no aperfeiçoamento do processo de gestão do Sistema Único de Saúde com resultados favoráveis no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.

Atenciosamente,

Jurandi Frutuoso Silva

Secretário Executivo do CONASS

## ANEXO B – PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA – UNB



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **114/12**

Título do Projeto: “Funções essenciais de Saúde Pública: uma análise na gestão estadual do SUS”.

Pesquisador Responsável: Rita de Cássia BertãoCataneli

Data de Entrada: 27/07/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **114/12** com o título: “Funções essenciais de Saúde Pública: uma análise na gestão estadual do SUS”, analisado na 9ª Reunião Ordinária, realizada no dia 09 de outubro de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 25 de outubro de 2012.

Prof. Natanael Monsore  
Coordenador do CEP-FS/UnB