

Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde

Evaluation model for municipal health planning management

Isabel Quint Berretta ¹
 Josimari Telino de Lacerda ¹
 Maria Cristina Marino Calvo ¹

Abstract

This article presents an evaluation model for municipal health planning management. The basis was a methodological study using the health planning theoretical framework to construct the evaluation matrix, in addition to an understanding of the organization and functioning designed by the Planning System of the Unified National Health System (PlanejaSUS) and definition of responsibilities for the municipal level under the Health Management Pact. The indicators and measures were validated using the consensus technique with specialists in planning and evaluation. The applicability was tested in 271 municipalities (counties) in the State of Santa Catarina, Brazil, based on population size. The proposed model features two evaluative dimensions which reflect the municipal health administrator's commitment to planning: the guarantee of resources and the internal and external relations needed for developing the activities. The data were analyzed using indicators, sub-dimensions, and dimensions. The study concludes that the model is feasible and appropriate for evaluating municipal performance in health planning management.

Health Evaluation; Health Management; Planning

Introdução

A gestão em saúde está caracterizada pela interação de diferentes atores em instituições com concepções e perspectivas divergentes. Autores como Rivera & Artman ¹ e Cecílio ² ressaltam a necessidade de se introduzir um sistema de gestão criativo, compartilhado no âmbito do SUS e de que o planejamento viabilize esse processo como um espaço de diálogo e articulação. Além disso, o planejamento não se restringe ao caráter meramente técnico limitado ao desenvolvimento de processos, técnicas ou atitudes administrativas que permitam avaliar as consequências futuras de decisões presentes e influenciá-las ³.

Segundo a Lei nº. 8.080 de 1990 ⁴, compete à direção nacional do SUS a elaboração do Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal. Esses por sua vez terão de elaborar e atualizar periodicamente o Plano de Saúde que servirá de base para as atividades de programação em seu âmbito administrativo. Devem ainda elaborar a proposta orçamentária do SUS em conformidade com o Plano de Saúde, e promover a articulação das políticas e dos Planos entre os três níveis de governo. A lei determina que a alocação de recursos deva considerar o estabelecimento de prioridades baseado em padrões epidemiológicos. Partindo do pressuposto de que as necessidades de saúde são melhor identificadas pelos gestores municipais, e que as ações para

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência
 I. Q. Berretta
 Universidade Federal de Santa Catarina.
 Campus Reitor João David
 Ferreira Lima, Florianópolis,
 SC 88040-970, Brasil.
 berretta@saude.sc.gov.br

o seu atendimento sejam propostas baseando-se na gestão local, justifica a orientação do planejamento a partir da base, ascendendo para os outros níveis de gestão, ouvidos os seus órgãos deliberativos.

O processo de planejamento em saúde presuppõe também o atendimento a outros preceitos constitucionais, entre eles a participação da comunidade no exercício dessa função pública, direito expresso nos termos da *Lei nº. 8.142* de 1990⁵. Essa lei propõe a realização de Conferências de Saúde como instrumento de diagnóstico para o planejamento em saúde e a criação dos Conselhos de Saúde, para atuarem como coparticipantes na formulação da política de saúde e como órgãos fiscalizadores da execução das ações de sua consecução nos três níveis de governo. Orienta sobre a obrigatoriedade da criação dos fundos para a transferência de recursos da União para estados e municípios. Determina a elaboração de relatórios de gestão que permitam o controle e o acompanhamento das ações.

A orientação para a descentralização do Sistema de Saúde ocorrida a partir dessas leis iniciou-se por meio da formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios. As Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB), editadas durante a década de 90, e a Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada nas versões 2001 e 2002, constituem documentos fundamentais no processo de concretização da descentralização por induzir a reformulação das funções dos entes governamentais e a relação entre eles na gestão do sistema.

A análise das NOB dos anos 90 permite a percepção de um conjunto contínuo e subsequente de determinações, numa tentativa ascendente de adequar o processo de descentralização aos modelos de atenção à saúde e ao financiamento⁶.

Os avanços obtidos no processo de descentralização de forma gradual ao longo dos 20 anos da existência do SUS implicam a sustentação de gestão descentralizada, articulada, cooperativa e solidária entre as três esferas de governo, que possibilite manter a unicidade do sistema. Isto configura um grande desafio para os gestores em todos os níveis, ao considerar o enfrentamento de temas importantes como as acentuadas desigualdades e especificidades dos problemas regionais existentes no país. Em níveis federal e estadual os desafios se apresentam principalmente pela grande diversidade dos municípios, o que confere um perfil epidemiológico complexo, com grandes desigualdades e necessidades regionais diferenciadas. Para os gestores municipais, principalmente aqueles de pequeno porte, a dificuldade se inicia pela precária organização da área de planejamento, com deficiência de in-

fraestrutura e insuficiência numérica e qualificada de pessoal⁷.

O Ministério da Saúde, ao regulamentar as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão por meio da *Portaria nº. 699/GM* de 30 de março de 2006, introduziu mudanças importantes no processo de gestão do sistema da saúde que favoreceu o atendimento das necessidades locais de saúde, elevando a responsabilidade dos gestores⁸.

A implementação de um Sistema Nacional de Planejamento constituído em formato de atuação contínua, participativa, integrada e solidária entre as três esferas de governo, denominado PlanejaSUS, com o objetivo de coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, visa à institucionalização e ao fortalecimento do planejamento para que exerça de maneira eficiente o seu papel. Considera como condições estratégicas para sua viabilização a disponibilidade de infraestrutura e a atualização contínua das técnicas e métodos de planejamento⁴. Essa iniciativa reforça a convicção de que a atividade de planejamento deve ter uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores da saúde⁹.

O estabelecimento de responsabilidades de municípios, estados e Federação quanto ao planejamento, institui a necessidade permanente de informações, que favoreçam a reflexão dos gestores sobre os modos de operar as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisão para ajustá-las às necessidades do SUS.

Considerando que o gestor é responsável pela organização, estruturação e funcionamento do setor saúde e que a área de planejamento é fundamental para a elaboração dos instrumentos que expressam os resultados decorrentes do processo de planejamento, o presente estudo teve como objetivo propor um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde, com o intuito de produzir informações que contribuam para a institucionalização e o fortalecimento da área de planejamentos nas secretarias municipais de saúde.

Metodologia

O estudo classifica-se como uma pesquisa metodológica¹⁰, cujo produto final foi um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde, com a finalidade de disponibilizar um instrumento de aprimoramento da gestão.

Os documentos que fundamentaram a construção teórica do modelo foram o PlanejaSUS e o Pacto de Gestão. A seleção de indicadores pau-

tou-se pelo critério da eficácia, como proposto no Método de Avaliação da Gestão da Atenção Básica, desenvolvido pelo Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina em assessoria técnica à Secretaria de Estado de Santa Catarina ¹¹. Para efeito deste estudo, a eficácia da gestão é entendida como a habilidade do gestor em tomar decisões para o atendimento das metas estabelecidas em documentos que norteiam as ações de planejamento em saúde, no âmbito do SUS. Para o desenvolvimento do estudo, a gestão municipal para o planejamento em saúde foi decomposta em duas dimensões. Uma que busca identificar as responsabilidades de gestão quanto à garantia dos recursos, e outra que busca a compreensão quanto às responsabilidades de garantia das relações, ambas necessárias para garantir a eficácia da gestão de planejamento no nível municipal, como forma de favorecer a des-

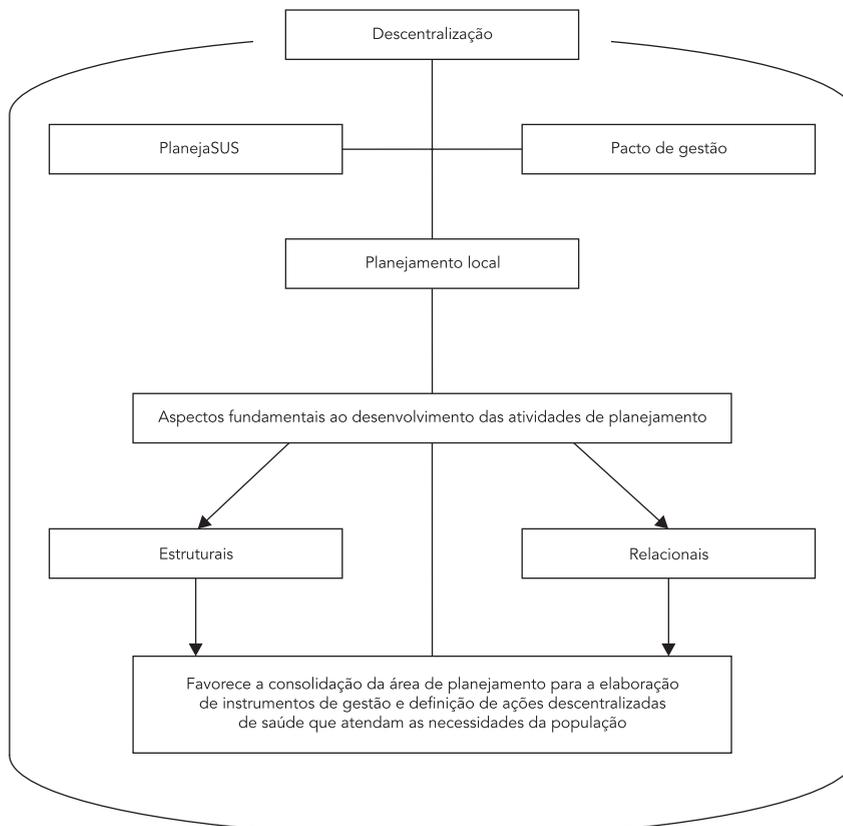
centralização das ações de saúde e servir de base para os outros níveis de gestão (Figura 1).

Para compor a matriz de avaliação foram identificados e eleitos indicadores, medidas e parâmetros. Para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados e foram utilizadas as designações ruim, regular e bom para a emissão de juízos de valor sustentados em parâmetros estabelecidos para cada um dos indicadores. Tais parâmetros fundamentam-se em aspectos normativos estabelecidos legalmente e em revisão da literatura.

A validação dos indicadores e respectivas medidas foi obtida por meio de técnica de consenso entre especialistas, baseada na técnica mista denominada Conferência de Consenso ¹². O modelo teórico e a matriz avaliativa foram submetidos a uma apreciação preliminar utilizando-se a técnica “comitê tradicional”, com a participação de 12 pós-graduandos, três especialistas em

Figura 1

Modelo teórico/lógico da eficácia da gestão municipal para o planejamento em saúde.



planejamento e gestão, e três docentes do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Após essa primeira fase, foram convidados técnicos da área de planejamento da Secretaria de Estado da Saúde e pesquisadores que atuam na área de planejamento, gestão e avaliação de serviços de saúde para participarem das três etapas de conferência. A primeira etapa consistiu no envio e análise prévia do material produzido no “comitê tradicional”. Solicitou-se aos especialistas que expressassem sua concordância, discordância e sugestão de alteração da proposta individualmente. Na segunda etapa foram realizados dois encontros de quatro horas cada um, para discussão da matriz teórica e de todos os itens da matriz avaliativa, exceto os parâmetros. Na terceira, o modelo final foi apresentado em um encontro onde os parâmetros foram acordados. As decisões foram tomadas por consenso entre os participantes, e os ajustes e acertos necessários foram realizados pelos pesquisadores.

O teste de aplicabilidade do modelo utilizou dados secundários de natureza quantitativa e qualitativa, disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pela Gerência de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. As fontes de informação foram o questionário realizado pelo PlanejaSUS junto aos municípios catarinenses em 2007, o Relatório de Gestão Municipal de 2007 e a base de dados do DATASUS (Departamento de Informática do SUS, SIA – Sistemas de Informações Ambulatoriais – e SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica) para o ano de 2007.

A utilização de dados disponíveis na Secretaria Estadual e no Ministério da Saúde conferiu agilidade ao processo de coleta e permite a reprodução do modelo em nível nacional. Outro aspecto a ser destacado é que possibilita a implantação da avaliação sistemática em outros períodos, uma vez que a planilha do PlanejaSUS é de domínio da gestão nos três níveis e os demais dados estão disponíveis nos sites oficiais.

Em Santa Catarina, 278 (95%) municípios responderam ao questionário do PlanejaSUS. Foram incluídos no teste de aplicabilidade do modelo todos os municípios que responderam integralmente ao questionário e cujas respostas estavam completas. Resultaram 271 municípios, agrupados segundo porte populacional: porte 1 (até 5 mil habitantes); porte 2 (5.001-10 mil habitantes); porte 3 (10.001-20 mil); porte 4 (20.001-50 mil); porte 5 (acima 50 mil habitantes).

Promoveu-se a análise descritiva dos dados com base no cumprimento de metas e objetivos estabelecidos. Essa análise verificou o nível de eficácia da gestão para o planejamento em saúde dos municípios por meio de classificação em re-

lação aos parâmetros de desempenho propostos. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas, e o comportamento do porte populacional sobre os indicadores foi analisado pelo teste de qui-quadrado de tendência.

Os dados utilizados no estudo são de domínio público, não sendo necessária autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultado

Construção do modelo

O modelo de avaliação proposto apresentado na Figura 2 tem a finalidade de permitir a análise de aspectos estruturais e relacionais considerados fundamentais ao bom desempenho da área de planejamento e de responsabilidade do gestor, expressos pelas condições de trabalho e de articulação com setores internos e externos à secretaria municipal. Foi composto por duas dimensões avaliativas: (1) garantia dos recursos e (2) garantia das relações, subdivididas em três subdimensões, correspondentes à matriz teórica identificada na Figura 1.

A garantia dos recursos refere-se ao compromisso que o gestor municipal tem com a estruturação da área de planejamento, traduzido em três subdimensões: recursos materiais, recursos humanos e recursos de informação.

Os recursos materiais são imprescindíveis aos profissionais que trabalham com planejamento no cumprimento de sua função e neles foram incluídos dois indicadores: espaço físico e apoio logístico. O espaço físico representa a disponibilização de ambiente de trabalho saudável e adequado ao desenvolvimento de estudos para a elaboração de planos e projetos que demandam dessa função. A compreensão de ambiente saudável inclui espaço físico com dimensões

Figura 2

Matriz avaliativa da gestão municipal para o planejamento em saúde.

Gestão municipal para o planejamento em saúde		
Garantia de recursos		
Materiais	Humanos	Informações
Garantia de relações		
Intrasetorial	Intersetorial	Com a população

adequadas, boa localização, boa iluminação, arejado, silencioso, boa circulação e privacidade. Para medir o indicador espaço físico foi utilizada a percepção dos gestores municipais registrada no questionário do PlanejaSUS 2007, no qual classificaram-no como inadequado, razoavelmente adequado e adequado. Respectivamente, na emissão de juízo de valor, os municípios foram considerados ruins, regulares e bons nesse indicador. Quanto ao apoio logístico, considera-se fundamental a disponibilização de móveis, telefone, fax, suprimento de informática, material de expediente, utensílios de escritório. Foi medido pela quantidade de material que o gestor considerou em situação adequada dentre os itens elencados como fundamentais pelo PlanejaSUS 2007. Considerou-se ruim o município com pelo menos 1 item inadequado, como bom aquele que apresentou todos os itens adequados e como regular os demais municípios.

Os recursos humanos são fundamentais ao desenvolvimento das atividades e os trabalhadores devem ter experiência, estímulo e competência para desenvolver da melhor forma as funções de apoio ao planejamento e decisão. Os indicadores propostos para essa subdimensão foram: vínculo de trabalho, tempo de permanência e qualificação. O vínculo de trabalho representa a estabilidade do profissional que assegure a continuidade do processo de trabalho e viabilize o cumprimento das ações previstas em caso de descontinuidade da gestão. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS¹³ define como responsabilidade da gestão a realização de concurso público para a manutenção de um quadro permanente de trabalhadores. Para a análise desse indicador, em municípios com até vinte funcionários na área de planejamento, foram considerados bons os municípios com apenas um profissional da área sem vínculo permanente de trabalho. Para os municípios com mais de vinte trabalhadores na área de planejamento, os parâmetros seguiram a referência do Modelo para Avaliação da Eficácia da Gestão de Scalco¹⁴, pautada na pesquisa *Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*¹⁵. Foram considerados bons os municípios que apresentaram menos de 6% de trabalhadores da área sem vínculo permanente. O indicador tempo de permanência considera a importância da continuidade das atividades e o acompanhamento do processo de planejamento por mais de um período de gestão. Para tanto, adotou-se como mínimo o período de cinco anos de permanência do profissional na área de planejamento. Para definir medida, considerou-se a média estadual de pessoas trabalhando com planejamento como ponto de

corte de duas medidas – em valor absoluto ou percentual, em função do porte dos municípios. Em municípios com menos de quatro pessoas na área de planejamento utilizou-se a medida de valor absoluto – ter pelo menos uma pessoa com mais de cinco anos na função. Nos demais municípios utilizou-se a medida em percentual – pelo menos 50% com mais de cinco anos na função. Os municípios que atenderam ao critério foram classificados como bons. A qualificação considerou que a especialização favorece o desenvolvimento das atividades específicas, levando-se em conta que a formação em planejamento ou em saúde pública imprime mais qualidade à atividade, uma vez que o planejamento constitui área básica de conhecimento para a formação de profissionais nessas áreas. Esse indicador foi medido pela existência de pelo menos um profissional com especialização nas áreas. Na análise foram considerados ruins os municípios que não possuíam profissional com especialização em planejamento e/ou em saúde pública, e bons os que atendiam ao requisito.

Os recursos da informação são imprescindíveis para o bom desempenho das atividades de planejamento. Requer equipamentos adequados e informações atualizadas. Atualização de bancos de dados e equipamentos de informática foram os indicadores propostos para essa subdimensão. A atualização de bancos reflete a organização do sistema de informação, considerado um instrumento importante para a gestão. A não atualização sistemática dos bancos de dados, indicados como obrigatórios nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, instituídos pela *Portaria nº. 699/GM* de 30 de março de 2006¹⁶, e posteriormente pela *Portaria nº. 2.048* de 3 de setembro de 2009¹⁷ que revogou a primeira, denota a desorganização da secretaria e compromete outras atividades da gestão. Esse indicador foi medido usando-se a atualização sistemática dos bancos de dados do SIAB e SIA. Analisou-se mês a mês o somatório dos procedimentos do SAI, acrescido do somatório da produção dos quatro marcadores do SIAB mais recorrentes na atividade da atenção básica e cujo procedimento prescinde de uma categoria profissional específica, quais sejam: atendimento à puericultura, atendimento pré-natal, atendimento a diabetes e atendimento à hipertensão arterial. Classificou-se como desempenho ruim o município que apresentou algum mês sem registro de qualquer um dos procedimentos anteriormente indicados do SIA e SIAB. O indicador equipamentos de informática representa a disponibilização de itens considerados imprescindíveis para a obtenção da informação em saúde, quais sejam: computador, impressora e internet.

Considerou-se bons os municípios que referiram adequados todos os itens, e ruins os demais.

A dimensão garantia de relações refere-se ao compromisso que o gestor municipal tem com a manutenção de relações internas e externas à instituição, oportunas ao desenvolvimento das atividades de planejamento de forma articulada, integrada e participativa em seu âmbito de atuação. Foi igualmente representada em três subdimensões: articulação intrasetorial; articulação intersetorial e articulação com a população.

A articulação intrasetorial é indispensável para a área de planejamento por ser um campo intermediário que precisa estar conectado constantemente com outras áreas técnicas da secretaria. Nela foram incluídos dois indicadores: inserção organizacional e articulação com áreas técnicas. A inserção organizacional representa o grau de proximidade da área de planejamento com o centro de decisões da secretaria de saúde. Considera-se que quanto mais próximo o planejamento está do secretário de saúde, maior é a articulação e a agilidade para desenvolver o trabalho. Com o embasamento nos princípios que fundamentam a organização do processo administrativo, classificou-se a inserção organizacional em três níveis funcionais. No nível institucional ou estratégico (proximal) foram consideradas as categorias: subsecretaria, diretoria, assessoria, consultoria e grupo de trabalho; no nível intermediário ou tático (intermediário), as gerências, subgerência, coordenação geral e coordenação; no nível operacional (distal): supervisão, divisão, subdivisão, núcleo, seção, setor e grupo de apoio, outras secretarias e outros órgãos. Foram avaliados como ruins os municípios que tiveram sua área de planejamento identificada como nível distal, bons os que foram identificados como proximal, e regulares os demais. A articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas representa a elaboração de planos e projetos com ações coordenadas, promovendo a otimização de recursos e a ampliação da capacidade de atendimento das necessidades prioritárias de saúde da população. O PlanejaSUS estabeleceu uma graduação de intensidade e frequência da articulação em que até 30% correspondia a fraco, acima de 30% até 70% médio, e acima de 70% até 100% forte. Esse indicador foi medido pela percepção dos gestores e utilizou os mesmos parâmetros do PlanejaSUS. Os municípios que referiram intensidade fraca foram considerados ruins, os de forte articulação foram considerados bons e os demais regulares.

A articulação intersetorial reflete a capacidade para obter informações importantes que subsidiem o desenvolvimento dos trabalhos sob a responsabilidade da área de planejamento. O

indicador articulação entre o planejamento e outras secretarias assume que o cumprimento de ações definidas no Plano de Saúde depende da definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação Anual estabelecida. Um forte grau de articulação entre a área de planejamento e de orçamento pode garantir os recursos necessários ao cumprimento das ações. Utilizou-se como medida a frequência de trabalhos conjuntos realizados entre planejamento e orçamento referida pelo gestor. Foi considerado ruim o município onde o grau de articulação referido foi de até 30%, bom acima de 70% e regular os demais.

A articulação com a população para o compartilhamento e a aprovação de documentos como o Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão, por instâncias de controle social, qualifica a gestão e dá legitimidade para a continuidade das atividades de planejamento. Foram estabelecidos nessa subdimensão dois indicadores: Plano Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão. O Plano Municipal de Saúde instituído pela Portaria nº. 3.085 de 1º de dezembro de 2006¹⁸, posteriormente revogada e substituída pela Portaria nº. 2.048 de 3 de setembro de 2009¹⁷, constitui um importante instrumento político para a negociação, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos. Deve o gestor orientar suas ações com base nesse documento. Como medida considerou-se sua elaboração para o período de gestão 2007-2010. Foram classificados como ruins os municípios que não submeteram o Plano à aprovação do Conselho de Saúde no período analisado. O Relatório Anual de Gestão, um dos instrumentos básicos de planejamento¹⁴, apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Esse documento contempla ainda a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Para medir o indicador Relatório Anual de Gestão foi considerada a aprovação para o ano de 2007 pelo Conselho Municipal de Saúde.

Na proposta de emissão de juízo de valor sobre a eficácia da gestão municipal para o planejamento apresentada na Figura 3, todos os indicadores foram considerados com o mesmo grau de importância. Foram adotados escores de classificação para os indicadores e definido o valor zero para os que não atenderam os parâmetros estabelecidos, um para os que atenderam parcialmente e dois para os que atenderam totalmente. A soma dos resultados obtidos para os indicadores resultou em avaliação da eficácia da gestão em cada subdimensão. Nas subdimensões

material, articulação intrasetorial e articulação intersetorial, cujas medidas não eram binárias, emitiu-se juízo de valor bom quando todos os indicadores estavam classificados como bom; ruim quando todos estavam classificados como ruim ou no máximo um estava regular; e como regular nas demais situações. Nas subdimensões cujas medidas eram de natureza binária considerou-se ruim quando todos os indicadores estavam classificados como ruim; regular quando no máximo um indicador estava classificado como bom; e como bom os demais casos. Receberam os escores zero o desempenho ruim, cinco o regular

e sete o bom. A soma desses escores permitiu a avaliação em cada dimensão.

Na avaliação das dimensões adotou-se a soma dos escores nas respectivas subdimensões. Cada dimensão possui três subdimensões. Assim, considerou-se como ruim os municípios que apresentaram três ou duas subdimensões classificadas como ruim; como bom aqueles com três ou duas subdimensões classificadas como bom; e regular os demais. Por fim, a soma dos escores das dimensões resultou na avaliação da eficácia da gestão para o planejamento. A gestão foi classificada como eficaz quando ambas as

Figura 3

Proposta de classificação da eficácia da gestão segundo seus indicadores, subdimensões, dimensões e gestão.

Matriz avaliativa				Subdimensão	Dimensão	Gestão
Garantia dos recursos	Materiais	Espaço físico	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	Σ Escores 0-1 = Ruim (0) 2-3 = Regular (5) 4 = Bom (7)	Σ Escores 0-7 = Ruim (0) 8-18 = Regular (3) 19-21 = Bom (5)	Σ Escores 0-3 = Ruim 4-7 = Regular 8-10 = Bom
		Apoio logístico	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)			
	Humanos	Vínculo	Ruim (0) Bom (2)	Σ Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular(5) ≥ 4 = Bom (7)		
		Permanência	Ruim (0) Bom (2)			
		Qualificação	Ruim (0) Bom (2)			
	Informação	Atualização de bancos	Ruim (0) Bom (2)	Σ Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular (5) 4 = Bom (7)		
Equipamentos		Ruim (0) Bom (2)				
Garantia das relações	Articulação intrasetorial	Inserção organizacional	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	Σ Escores 0-1 = Ruim (0) 2-3 = Regular (5) 4 = Bom (7)	Σ Escores 0-7 = Ruim (0) 8-18 = Regular (3) 19-21 = Bom (5)	
		Articulação com outras áreas técnicas	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)			
	Articulação interssetorial	Articulação com outras secretarias	Ruim (0) Regular (1) Bom (2)	Σ Escores 0 = Ruim (0) 1 = Regular (5) 2 = Bom (7)		
	Articulação com a população	Plano Municipal de Saúde	Ruim (0) Bom (2)			Σ Escores 0 = Ruim (0) 2 = Regular (5) 4 = Bom (7)
Relatório Anual de Gestão		Ruim (0) Bom (2)				

dimensões receberam o conceito bom, ou uma bom e a outra regular; e ineficaz quando as duas apresentaram desempenho ruim, ou uma ruim e a outra regular. Os demais são regulares.

Teste de aplicabilidade do modelo

Os municípios apresentaram desempenhos diferenciados em todos os indicadores. Na análise de desempenho segundo porte populacional, as variações mostraram-se não significativas na maioria dos indicadores propostos, exceto para espaço físico ($p < 0,01$), qualificação de pessoal ($p = 0,001$) e atualização de bancos ($p < 0,001$). A Tabela 1 apresenta os resultados dessa associação. Observa-se que à proporção que aumenta o porte populacional diminui o percentual de municípios classificados como bom no indicador espaço físico. Comportamento inverso verifica-se nos indicadores qualificação de pessoal e atualização de bancos. Com o aumento do porte populacional observa-se elevação do percentual de municípios avaliados como bom.

No conjunto geral dos indicadores apresentados na Tabela 2, constata-se que o indicador que obteve o melhor desempenho foi atualização de banco de dados, e o indicador de pior classificação foi vínculo de trabalho.

Dentre os indicadores de avaliação da dimensão garantia de recursos observou-se melhor desempenho da gestão na disponibilização de espaço físico adequado às atividades de planejamento, na atualização de bancos de dados e na disponibilização de materiais de apoio logístico. O espaço físico foi classificado como inadequado em menos de 15% dos municípios, verificou-se problemas na atualização de bancos de dados do SIAB e SIA em menos de um quinto dos municípios, e o apoio logístico foi inadequado em 26,2% dos municípios avaliados.

O pior desempenho observado nessa dimensão foi na garantia de recursos humanos com vínculo permanente. Apenas 9,6% dos municípios possuíam o número ou o percentual adequado de profissionais atuando na área de planejamento com vínculo permanente. Os demais indicadores concentraram-se em torno de dois terços dos municípios na classificação de desempenho inadequado.

Na dimensão garantia das relações, os menores percentuais de desempenho inadequado foram encontrados nos indicadores articulação com outras áreas técnicas (8,1%) e articulação com outras secretarias (13,3%). A aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho de Saúde (36,9%) e a inserção do planejamento na

Tabela 1

Avaliação da eficácia da gestão municipal para o planejamento em saúde segundo porte populacional dos municípios.

Classificação (habitantes)	ruim		regular		bom	
	n	%	n	%	n	%
Espaço físico			$p < 0,01$			
≤ 5 mil (n = 100)	8	8,0	55	55,0	37	37,0
5-10 mil (n = 70)	12	17,1	37	52,9	21	30,0
10-10 mil (n = 52)	6	11,6	31	59,6	15	28,8
20-50 mil (n = 27)	7	25,9	16	59,3	4	14,8
> 50 mil (n = 22)	7	31,8	10	45,5	5	22,7
Qualificação			$p = 0,001$			
≤ 5 mil (n = 100)	74	74,0	-	-	26	26,0
5-10 mil (n = 70)	51	72,9	-	-	19	27,1
10-20 mil (n = 52)	34	65,4	-	-	18	34,6
20-50 mil (n = 27)	18	66,7	-	-	9	33,3
> 50 mil (n = 22)	7	31,8	-	-	15	68,2
Atualização de bancos			$p < 0,001$			
≤ 5 mil (n = 100)	28	28,0	-	-	72	72,0
5-10 mil (n = 70)	15	21,4	-	-	55	78,6
10-20 mil (n = 52)	3	5,8	-	-	49	94,2
20-50 mil (n = 27)	2	7,4	-	-	25	92,6
> 50 mil (n = 22)	0	0,0	-	-	22	100,0

Tabela 2

Avaliação da eficácia da gestão segundo indicadores, subdimensões, dimensão e gestão.

Classificação	Ruim		Regular		Bom	
	n	%	n	%	n	%
Materiais						
Espaço físico	40	14,8	149	55,0	82	30,2
Apoio logístico	71	26,2	126	46,5	74	27,3
Humanos						
Vínculo de trabalho	245	90,4	-	-	26	9,6
Permanência de profissionais na área de planejamento	167	61,6	-	-	104	38,4
Qualificação dos profissionais que atuam na área de planejamento	184	67,9	-	-	87	32,1
Informação						
Atualização dos bancos de dados	48	17,7	-	-	223	82,3
Equipamentos de informática	175	64,6	-	-	96	35,4
Dimensão garantia de recursos						
Articulação intrasetorial						
Inserção na estrutura organizacional	99	36,5	55	20,3	117	43,2
Articulação entre o planejamento e outras áreas técnicas	22	8,1	191	70,5	58	21,4
Articulação intersetorial						
Articulação entre o planejamento e outras secretarias	36	13,3	190	70,1	45	16,6
Articulação com a população						
Plano Municipal de Saúde	55	20,3	-	-	216	79,7
Relatório Anual de Gestão	100	36,9	-	-	171	63,1
Dimensão garantia das relações						
Eficácia da gestão	32	11,8	175	64,6	64	23,6

estrutura organizacional foram os indicadores com maior percentual de municípios avaliados como ruins.

A gestão para o planejamento em saúde foi considerada eficaz em 23,6% dos municípios catarinenses avaliados.

O modelo de avaliação proposto mostrou-se adequado e de viável aplicação em municípios, independentemente do porte populacional. Os indicadores permitiram a avaliação da eficácia da gestão para o planejamento, e as medidas utilizadas mostraram-se adequadas à informação requerida pelos indicadores.

Discussão

O modelo proposto assegura a avaliação de aspectos importantes para o bom desempenho da área de planejamento cuja garantia é atribuição do gestor municipal^{1,3,5}. A técnica de Consenso de Especialistas para definição de indicadores, medidas e parâmetros junto a *experts* nas áreas de planejamento, gestão e avaliação contribui para a validação da matriz avaliativa⁹.

A confiabilidade dos dados obtidos por meio do levantamento realizado pelo PlanejaSUS reside no fato de serem informações oficiais e de responsabilidade do gestor. A adoção de medidas baseadas na percepção do gestor parece não conferir uma tendência majoritariamente positiva, uma vez que a maioria dos indicadores apresentou desempenho regular para a maior parte dos municípios e acompanhou o desempenho dos demais indicadores que não dependeram da percepção dos gestores.

Na análise de comportamento dos indicadores segundo porte populacional, o qui-quadrado de tendência demonstrou variações significativas para três indicadores. Na aplicação do indicador espaço físico os municípios de menor porte apresentaram melhor resultado. Corroborando as reflexões de Nogueira¹⁹, entende-se espaço enquanto um reflexo das relações definidas entre as diferentes instâncias de uma estrutura social. Assim, uma provável justificativa para o comportamento do indicador pode ser o fato de a dificuldade de espaço físico ficar mais evidente quando a estrutura organizacional da secretaria do município é maior, exigindo maior divisão do espaço

existente, ou pelo nível de exigência das pessoas em municípios maiores ser mais elevado. Empiricamente, sabe-se que nos municípios pequenos ocorre uma sobreposição de tarefas para os profissionais, e é possível que os espaços físicos sejam considerados adequados frente ao menor número de pessoal ou à conjuntura local onde as deficiências sejam uniformes entre todos os setores e o compartilhamento dos espaços seja uma prática assumida no cotidiano do processo de trabalho.

No indicador qualificação de pessoal, os municípios de maior porte populacional apresentaram um melhor desempenho. Entende-se que essa tendência se deve ao fato de os cursos de especialização serem realizados majoritariamente na sede das instituições de ensino superior, que concentram-se frequentemente em municípios maiores e com maior capacidade de investimento.

Na aplicação do indicador de atualização de bancos de dados, o percentual de municípios classificados como bom aumentou na medida do crescimento populacional. Em análise pormenorizada verificou-se que 91,7% dos municípios classificados como ruim não cumpriram o requisito em apenas um mês, entre dezembro e janeiro, meses do maior incidência de férias, fato que pode justificar o desempenho pior em municípios de pequeno porte. Nesses municípios o menor número de profissionais e o acúmulo de atividades podem dificultar a substituição no período de férias. Nos municípios maiores, os profissionais têm tarefas mais específicas, não apresentando, portanto, uma sobrecarga de atividades, o que facilita a substituição das tarefas em períodos de férias.

As reflexões aqui indicadas não objetivam justificar o comportamento da gestão municipal, mas a aplicabilidade e manutenção desses indicadores no modelo pelo fato de os resultados terem justificativa plausível frente à conjuntura dos serviços.

Os aspectos avaliados na dimensão Garantia de Recursos referem-se à disponibilidade de requisitos mínimos para viabilizar o exercício das atividades no cotidiano dos serviços⁴. O ambiente de trabalho se caracteriza pela estrutura física e pelo apoio logístico, e confere a base para a estrutura social que nele se estabelece. O comportamento das pessoas é influenciado pela interação que ocorre entre elas e o ambiente, cuja consequência irá influenciar nos resultados da organização²⁰. O vínculo não permanente de trabalho no serviço público e o não investimento em qualificação profissional contrariam princípios normativos da administração pública, consagrados legalmente^{21,22,23}.

O não cumprimento dessa norma por parte dos gestores caracteriza um descompasso entre as políticas de recursos humanos e a sua implementação em nível local. Outro aspecto importante é a alta rotatividade de profissionais de saúde que está relacionada com a insatisfação gerada por baixos salários, condições de trabalho inadequadas e formas de contratação²⁴. Admitir precariedade na estrutura organizacional em elementos essenciais como os incluídos na matriz avaliativa testada não é posição confortável para o gestor, mas parece que esse aspecto não interferiu na aplicação do modelo, uma vez que foram constatados desempenhos ruins em todos os indicadores.

A articulação com setores da própria secretaria de saúde, com outros setores administrativos do município e com a população apontada como necessária ao exercício do planejamento em saúde também foi contemplada neste modelo^{5,6,7}. O resultado de seus indicadores parece confirmar sua manutenção. Considera-se que existe uma relação entre planejamento e decisões, e que o planejamento constitui uma área intermediária para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas²⁵. Nesse sentido, esperava-se que a maioria dos municípios indicasse positivamente nessa direção. Os resultados em relação ao indicador inserção organizacional dão conta de que ainda falta empenho da gestão para que ocorra a institucionalização da área de planejamento nas secretarias municipais, e que tais aspectos precisam ser mensurados e avaliados. Do mesmo modo, a obrigatoriedade da aprovação dos instrumentos de gestão junto ao Conselho de Saúde e seu condicionamento ao repasse financeiro poderiam inviabilizar o uso dessas medidas para indicar a participação da comunidade. No entanto, o resultado encontrado reafirma a manutenção dessas medidas, pois são altos os percentuais de descumprimento da normativa.

A gestão em saúde oferece inúmeros desafios aos que tomam decisões, e o planejamento é função essencial para subsidiar os gestores nas articulações inerentes a esse processo complexo e dinâmico. Por conseguinte, são complexas e diversificadas as ações de planejamento. No entanto, existe uma decisão de gestão anterior às próprias ações de planejamento: a viabilização dos elementos essenciais ao funcionamento da área de planejamento como estratégia para qualificar a gestão. O modelo foi desenvolvido para avaliar esse momento da gestão, com caráter predominantemente normativo, sem restringir-se aos aspectos técnicos. Considera a dimensão política ao analisar o grau de articulação do planejamento com a comunidade e com outros

setores e áreas técnicas. Ao incluir no modelo o indicador posição institucional da área quanto proximidade do gestor, busca avaliar a importância do planejamento nas decisões políticas e técnicas da gestão.

Conclusão

O presente estudo elaborou um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde, com o emprego do critério de eficácia. Por meio do teste de aplicabilidade do modelo

realizado em 271 municípios de Santa Catarina, foi possível comprovar a viabilidade da utilização dos indicadores propostos, em municípios de diferentes portes populacionais, uma vez que os resultados encontrados não apresentaram variações significativas ou sem justificativa plausível à conjuntura da gestão municipal.

O modelo desenvolvido mostrou-se adequado para promover a avaliação do desempenho da eficácia da gestão segundo cada indicador ou no conjunto dos mesmos, de maneira integrada, o que evidencia sua capacidade de contribuir para o aprimoramento da gestão.

Resumo

Este artigo apresenta um modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Trata-se de pesquisa metodológica cuja construção da matriz avaliativa utilizou o referencial teórico de planejamento em saúde, a compreensão de organização e funcionamento delineado pelo PlanejaSUS e definições de responsabilidades para a área em nível municipal do Pacto de Gestão. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso, com especialistas em planejamento e avaliação. Sua aplicabilidade foi testada em 271 municípios de Santa Catarina, Brasil, considerando o porte populacional. O modelo proposto tem duas dimensões avaliativas, que refletem o compromisso do gestor municipal com o planejamento: a garantia de recursos e de relações internas e externas necessárias ao desenvolvimento das atividades. Os dados foram analisados com a utilização de indicadores, subdimensões e dimensões. Concluiu-se que o modelo é viável e adequado para avaliar o empenho da gestão municipal para o planejamento em saúde.

Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento

Colaboradores

I. Q. Berreta contribuiu na concepção do projeto, redação do artigo, coleta e análise de dados, revisão do artigo. J. T. Lacerda colaborou na concepção do projeto, orientação do trabalho de pesquisa, redação e revisão do artigo. M. C. M. Calvo participou na concepção do projeto, orientação da análise dos dados, redação e revisão do artigo.

Referências

1. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Rivera FJU, organizador. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 17-35.
2. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde. Um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 151-67.
3. Oliveira DPR. *Planejamento estratégico: conceitos, metodologia, práticas*. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
4. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 1990; 20 set.
5. Brasil. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
6. Viana ALD'A, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:139-51.
7. Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Cadernos de Planejamento).
8. Ministério da Saúde. *Pactos pela vida e de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, Normas e Manuais Técnicos).
9. Ministério da Saúde. *Cadernos de planejamento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
11. Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. *Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina [CD-ROOM]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; 2006.
12. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-91.
13. Ministério da Saúde/Conselho Nacional da Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS)*. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Scalco SV. *Modelo para avaliação da eficácia da gestão de recursos humanos em saúde [Dissertação de Mestrado]*. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
15. Arias EHL, Machado MH, Sanches DR, Tomaszewski J, Santos JR. Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde. *Cadernos RH Saúde* 2006; 3:149-61.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. Diário Oficial da União 2006; 3 abr.
17. Brasil. Portaria nº. 2.048/GM, de 03 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União 2009; 4 set.
18. Brasil. Portaria 3.085/GM, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, estabelece seus pressupostos e objetivos, propõe a instituição de incentivo financeiro para a implementação do mesmo e define os instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento. Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União 2006; 4 dez.
19. Nogueira MLM. Subjetividade e materialidade: cidade, espaço e trabalho. *Fractal Rev Psicol* 2009; 21:69-85.
20. Braga JP, Dyniewicz MA, Campos O. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. *Cogitare Enfermagem* 2008; 13:290-5.
21. Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm (acessado em 02/Ago/2009).
22. Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Política de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2004; 16 fev.
23. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.996 de 20, de agosto de 2007. Dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para implantação da Política de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 2007; 22 ago.
24. Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Revista de Administração Pública* 2008; 42:347-68.
25. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14:1565-77.

Recebido em 27/Jan/2010

Versão final reapresentada em 13/Jun/2011

Aprovado em 28/Jul/2011