Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé - MT"

por

Gilce Maynard Buogo Gattas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Marly Marques da Cruz
Segundo orientador: Prof. Dr. João Henrique Gurtler Scatena

Rio de Janeiro, novembro de 2010.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé - MT"

apresentada por

Gilce Maynard Buogo Gattas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Ligia Maria Vieira da Silva

Prof.ª Dr.ª Luciana Dias de Lima

Prof.ª Dr.ª Marly Marques da Cruz – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em 04 de novembro de 2010.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 04 de novembro de 2010.

_____

Gilce Maynard Buogo Gattas

CG/Fa

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210
Tel.: (0-XX-21) 2598-2969 ou 08000-230085
E-mail: secaprofissional@ensp.fiocruz.br Homepage: http://www.ensp.fiocruz.br

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G262 Gattas, Gilce Maynard Buogo
Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Município de Poconé - MT. / Gilce Maynard Buogo Gattas. Rio de Janeiro: s.n., 2010.
148 f., tab., graf., mapas

Orientador: Cruz, Marly Marques da
Scatena, João Henrique Gurtler
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Programa Saúde da Família. 2. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Financiamento em Saúde. 5. Motivação. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12098172

AGRADECIMENTO

A DEUS por ter me permitido existir e pela possibilidade de realização deste trabalho.

Aos meus pais, Lauro e Minard, pelo amor incondicional, por terem me ensinado a viver com dignidade, mas, sobretudo por terem me permitido sonhar e alçar vôos.

Ao meu irmão carioca Gilberto que com muito carinho me acolheu nesta cidade, dando-me todo suporte necessário, meu irmão Glayçon que esteve sempre presente em minha jornada e minha sogra Nouhad que me ajudou nas minhas inúmeras ausência do lar.

Às amigas Edite, Inês, Micheline, Suzilei e Graça pela amizade, pelos momentos de descontração e pela torcida.

Às amigas e companheiras de jornada Maria Helena e Malu por estarem sempre presentes e atenderem às minhas inúmeras solicitações para discutirmos pontos específicos deste trabalho, apresentando sempre sugestões cuja competência e bom senso, contribuíram para a sua construção.

À minha amiga Stella, pelos ensinamentos e idéias, amizade, paciência e principalmente, por compartilhar e me apoiar nos momentos bons e não tão bons de minha vida profissional.

À professora Angélica pelas valiosas contribuições.

À Secretaria de Estado de Saúde, que permitiu, por intermédio da sua política de qualificação dos profissionais de saúde, a minha participação neste mestrado e possibilitou financeiramente a realização desta pesquisa.

Aos colegas da Coordenadoria de Atenção Primária e, principalmente à Coordenadora Regina, pelo auxílio nos momentos mais difíceis e pelo apoio na superação dos obstáculos.

Às colegas do Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana, pela amizade, companheirismo e apoio.

À Secretaria Municipal de Saúde de Poconé na pessoa da colega Ilma (Secretária Municipal de Saúde) que possibilitou a realização desta pesquisa e aos profissionais, técnicos e representantes do Conselho Municipal de Saúde, pelo apoio e colaboração.

Ao grupo LASER por acreditar e ser essencial para o alcance deste feito, onde qualquer palavra é muito pouco para agradecer todo o apoio recebido.

À minha família, pelo amor e carinho que me ajudam a enfrentar as dificuldades. Meus filhos, Víctor, Jéssyca e Guilherme pelo amor incondicional e pela compreensão e colaboração neste período de muito nervosismo e tensão e ao Nassib, meu marido, sempre companheiro, pela paciência e por compartilhar comigo todos os momentos.

Finalmente, agradeço aos meus orientadores: Drª. Marly Marques da Cruz e Dr. João Henrique Gurtler Scatena, que com competência, objetividade e muita paciência, conduziram-me durante todo processo de construção e análise deste trabalho. Em especial quero agradecer ao Scatena, que mais que um orientador, tem sido um grande amigo, parceiro e incentivador.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

Cora Coralina

RESUMO

Este estudo avaliou o Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município de Poconé, Mato Grosso, utilizando-se como referencial a avaliação da implantação de Programas e a valorização da percepção dos agentes envolvidos. A partir de estudo de caso, buscaram-se explicações, com base em evidências, sobre como vem se dando a gestão municipal do incentivo financeiro repassado pelo estado, para a atenção básica, no período compreendido entre 2003 e 2008. Este estudo está dividido em quatro partes. Na primeira faz-se uma revisão da literatura sobre o processo de descentralização da saúde, sobre a estrutura de financiamento na atenção primária, direcionando para a temática da investigação e sobre avaliação em saúde. Na segunda descreve-se a metodologia empregando o modelo teórico da avaliação. Na terceira parte estão reunidos os resultados e na quarta a discussão e as recomendações. Utilizou-se de material e instrumentos da pesquisa quantitativa e qualitativa, dados primários e secundários, sendo entrevistados representantes do Conselho Municipal de Saúde, profissionais das equipes de saúde da família e gestores. Dentre os principais resultados deste trabalho, pôde-se verificar que o programa encontra-se parcialmente implantado, com 62,4% dos critérios estabelecidos. O município alcançou percentuais mais elevados nos critérios relacionados ao contexto político-organizacional (72,0%), necessitando se estruturar melhor na sub-dimensão planejamento das ações (56,7%) e investir mais na dimensão capacidade técnica-gerencial (56,4%). Ressaltou-se um elevado percentual na sub-dimensão execução financeira (90,2%), enquanto no contexto interno o percentual alcançado pelo município foi de 48,1%. Este contexto é prioritário para a implantação e engloba as sub-dimensões: disponibilidade (62,4%), oportunidade (25%) e qualidade técnica (25%). Os principais fatores levantados que interferem no grau de implantação neste contexto foram: deficiência na educação permanente; predomínio de contratos temporários; inexistência de planejamento das atividades das ESF. Entretanto a secretaria municipal goza de relativa autonomia política, administrativa e de execução financeira. Este último considerado como um grande avanço alcançado pelo gestor municipal no que diz respeito à movimentação e à aplicação dos recursos das diversas fontes do setor.

PALAVRAS CHAVE: Programa de Saúde da Família, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Gestão em Saúde, Financiamento em Saúde.

ABSTRACT

This study evaluated the State Family Health Program in the municipality of Poconé, Mato Grosso, using as reference the evaluation of the implantation of Programs and the valorization of perception of the agents involved. Using a case study, explanations based on evidence were sought for, about how the municipal management of the financial incentive given by the state for the primary health care, from 2003 to 2008 has been accomplished. This study is divided into four parts. In the first one, a review of literature is done about the health decentralization process, on the financing structure in the primary health care, directing to the theme of investigation and health evaluation. In the second one, the methodology using the theoretical model of evaluation is described. In the third part the results are given and in the fourth are the recommendations and the discussion. Material and instruments of the quantitative and qualitative research, primary and secondary data were used and also representatives of the Municipal Health Council, professionals of the family health program team and managers were interviewed. Among the main results of this study it was verified that the program is partially implanted, with 62,4% of the criteria established. The municipality reached higher perceptual in the criteria related to the political-organizational context (72,0%), with the need for a better structure in the sub-dimension action planning (56,7%) and to invest more in the technical- managerial capacity dimension (56,4%). A high percentage in the financial transaction sub-dimension was emphasized (90,2%), whereas in the internal context, the percentage reached by the municipality was of 48,1%. This context is a priority for the implantation and encompasses the sub-dimensions: availability (62,4%), opportunity (25%) and technical quality (25%). The main factors pointed out that interfere in the implantation level in this context were: deficiency in education, permanent education; predominance of temporary contracts; inexistence of the ESF activity planning. However the municipal secretariat has a relative political, administrative and financial autonomy. This last one is considered as a great advance achieved by the municipal management regarding the movement and use of the resources of the different sources of the sector.

KEY-WORDS: Family Health Program, Assessment of Programs and Health Projects, Health Management, Health Funding.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO..... 16

1. REFERENCIAL TEÓRICO..... 22

1.1 A Descentralização da Saúde e o Financiamento da Atenção Primária..... 22

1.2 A Atenção Primária à Saúde e os Indicadores Indiretos..... 25

1.3 Avaliação em Saúde: aspectos teóricos..... 26

1.4 Avaliação dos Aspectos Financeiros..... 31

2. OBJETIVOS..... 36

2.1 Objetivo Geral..... 36

2.2 Objetivos Específicos..... 36

3. PERCURSO METODOLÓGICO..... 37

3.1 Modelo Teórico da Avaliação..... 37

3.1.1 Modelo Lógico do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT..... 40

3.1.2 Modelo Teórico da Avaliação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT..... 47

3.1.3 Avaliação: Desenho do Estudo e Estratégia Metodológica..... 48

4. RESULTADOS..... 63

4.1 Aspectos Demográfico, Sócio-econômico e Sanitário do Município..... 63

4.1.1 Rede de Serviços de Saúde: estrutura e organização..... 66

4.2 Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Município de Poconé..... 67

4.2.1 Situação de Saúde do Município de Poconé..... 69

4.3 Caracterização do Contexto Político- organizacional..... 75

4.3.1 Autonomia Política, Administrativa e Financeira..... 75

4.3.1.1 Planejamento das Ações de Saúde..... 75

4.3.1.2 Execução Financeira no Município de Poconé..... 80

4.3.2 Governabilidade..... 86
4.3.3 Capacidade Técnica-gerencial..... 86
4.4 Avaliação do grau de implantação do Programa, considerando os contextos político-organizacional e externo..... 87
5. DISCUSSÃO..... 92
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 100
7. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES..... 101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 105
ANEXOS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparativo entre internações por condições sensíveis à atenção primária e cobertura da estratégia saúde da família, Mato Grosso, 2000-2008.....	16
Tabela 2	Número de municípios, equipes de saúde da família (ESF) e população coberta pela ESF, Mato Grosso, 1997-2009.....	18
Tabela 3	Número equipes de saúde da família (ESF) e recursos do programa estadual de incentivo à saúde da família **(**PEISF) repassados às ESF, Mato Grosso, 2000-2009.....	19
Tabela 4	Demonstrativo de alguns indicadores de internação por condições sensíveis à atenção primária de Mato Grosso (MT), Baixada Cuiabana (BC) e Poconé (PCN), 2000-2008.....	74
Tabela 5	Orçamento global do município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008	81
Tabela 6	Orçamento base previsto pela emenda constitucional 29 (EC-29) no município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008.....	82
Tabela 7	Despesas totais (R$) per capita com saúde segundo fonte de repasse do município de Poconé, 2003-2008.....	83
Tabela 8	Despesas totais (R$) per capita com saúde (dados ajustados), segundo fonte de repasse, Poconé, 2003-2008.....	83
Tabela 9	Recursos transferidos para a atenção básica do município de Poconé (em R$ 1.000,00), segundo fonte, 2003-2008.....	84
Tabela 10	Recursos para a atenção básica: comparação entre valores recebidos e valores declarados gastos pelo município, Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008.....	84
Tabela 11	Recursos transferidos para ESF e PACS do município de Poconé (em R$ 1.000,00), segundo fonte, 2003-2008.....	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo para análise da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT.....	38
Figura 2	Modelo Lógico do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT.....	45
Figura 3	Modelo Teórico da Avaliação.....	47
Figura 4	Mapa de localização do município de Poconé – MT.....	64
Figura 5	Organograma da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Poconé – MT.....	66
Figura 6	Proporção da população coberta por equipes de saúde da família no município de Poconé, Baixada Cuiabana e Mato Grosso, 2000-2008	67

Figura 7	Coeficiente de mortalidade infantil de residentes em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé (média móvel), 2000-2008.....	70
Figura 8	Comparativo da média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008.....	71
Figura 9	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-nata em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008.....	71
Figura 10	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008.....	72
Figura 11	Comparativo da proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008.....	72
Figura 12	Comparativo entre percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica/ambulatorial de Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008.....	73
Figura 13	Comparativo entre a cobertura da Saúde da Família e percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica/ambulatorial, Poconé, 2000-2008.....	75
Figura 14	Volume de orçamento global e o de base previsto pela emenda constitucional 29 (EC-29) do município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008.....	82
Figura 15	Recursos transferidos per capita (R$) para a atenção básica do município de Poconé, segundo fonte, 2003-2008.....	85
Figura 16	Proporção de aplicação financeira prevista pela EC-29, mínima e aplicada, no município de Poconé, 2000-2008.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Dimensões do Modelo Teórico de Avaliação.....	50
Quadro 2	Matriz de informação dos contextos político-organizacional e externo.....	52
Quadro 3	Matriz de informação do contexto interno.....	54
Quadro 4	Usuários potenciais da avaliação do programa.....	57
Quadro 5	Posicionamento dos profissionais médicos e enfermeiros, acerca de determinadas variáveis, Poconé, 2010.....	79
Quadro 6	Matriz de julgamento do contexto interno.....	88
Quadro 7	Matriz de julgamento do contexto político-organizacional.....	90
Quadro 8	Matrizes de julgamento dos contextos e o grau de implantação.....	91
Quadro 9	Fatores dos contextos político-organizacional e externo que interferem na implantação do programa.....	99

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ACE - Agentes de Controle de Endemias

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ADH - Atlas de Desenvolvimento Humano

APS – Atenção Primária de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS – Centro de Atenção psicossocial

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CEM – Centro de Especialidades Médicas

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CES – Conselho Estadual de Saúde

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CMS – Conselho Municipal de Saúde

COAP – Coordenadoria de Atenção Primária

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CR – Centro de Reabilitação

CRM – Central de Regulação Municipal

CSAA – Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

DAE - Departamento de Água e Esgoto

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DDA – Doença Diarréica Aguda

DEAIS – Departamento de Atenção Integral à Saúde

DESC - Departamentos de Saúde Coletiva

DM – Diabetes Mellitus

DST/AIDS – Doença Sexualmente Transmissível e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DW - Datawarehouse

EC – Emenda Constitucional

ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

ERS - Escritório Regional de Saúde

ESF – Equipes de Saúde da Família

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundos Municipais de Saúde

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GESF – Gerencia da Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IRA – Infecção Respiratória Aguda

ISAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA – Lei Orçamentária Anual

M&A – Monitoramento e Avaliação

MLP – Modelo Lógico do Programa

MS – Ministério da Saúde

MT – Mato Grosso

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional da Básica

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Pronto Atendimento Médico

PEISF – Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família

PES - Plano Estadual de Saúde

PMS – Plano Municipal de Saúde

PPA - Plano Plurianual

PPI – Programação Pactuada Integrada

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

PTA – Plano de Trabalho Anual

RAG – Relatório Anual de Gestão

SB – Saúde Bucal

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SESA - Secretaria de Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SES/MT – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAFMT – Sistema Integrado de Administração Financeira

SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SM – Salário Mínimo

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUAS – Superintendência de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUS/MT – Sistema Único de Saúde de Mato Grosso

TCE – Tribunal de Contas do Estado

APRESENTAÇÃO

O presente estudo avaliativo é fruto de questionamentos oriundos de minha experiência profissional na atenção básica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT). Uma inquietude que despertou o interesse pela elaboração deste trabalho foi o acompanhamento, no período mencionado, dos indicadores indiretos do acesso ao primeiro nível de atenção à saúde, como os de internações por condições sensíveis à atenção primária (ISAP), que sinalizam os dilemas na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local.

O referido acompanhamento foi realizado pela equipe da Coordenadoria de Atenção Primária (COAP) da SES/MT, objetivando identificar se a atenção primária está sendo resolutiva ou não. Da mesma forma se buscava saber se a estratégia do estado de Mato Grosso (MT) para aumentar a cobertura populacional de Equipes de Saúde da Família (ESF) e consolidar a estratégia como modelo de atenção era positiva.

Os indicadores do sistema de acompanhamento foram construídos a partir do levantamento de dados oficiais provenientes de distintas bases, armazenados no extrator datawarehouse (DW)[1]. Com base nesse levantamento, comparou-se o indicador de cobertura da estratégia Saúde da Família (SF) e a taxa ISAP no período de 2000 a 2008, em Mato Grosso.

Os resultados apontaram uma melhoria da atenção primária nesse período, por se constatar um declínio de 29,3% no conjunto de ISAP, representando uma queda de 6,8% no peso percentual destes agravos entre todas as internações. Tendo por referência a taxa de ISAP de 32,7% apresentada pelo estado no ano de 2000, verificou-se um aumento da mesma nos três anos subseqüentes, após os quais, passa a declinar gradualmente, voltando a elevar-se em 2008 (30,5%), mas mantendo-se em patamar inferior à taxa registrada em 2000 (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparativo entre internações por condições sensíveis à atenção primária e cobertura da estratégia saúde da família, Mato Grosso, 2000-2008

ANO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Δ %
Nº ISAP's	55.854	56.106	61.751	61.405	55.650	51.413	46.195	43.203	39.474	-29,3
Total Internações*	170.746	168.162	173.139	177.664	171.405	171.169	160.206	153.851	129.540	-24,1
% ISAP's	32,7	33,4	35,7	34,6	32,5	30,0	28,8	28,1	30,5	-6,8
% Cob. PSF	15,2	32,7	43,8	48,4	53,8	56,5	60,2	61,5	61,4	305,1

Fonte: COAP/SES/MT; (*) internações sem parto

[1] Datawarehouse (DW), repositório de dados, que abrange diversos sistemas de informações em saúde. É o resultado de um processo de preparação de dados para exploração analítica e que direciona a tomada de decisão. Os dados do DW têm a capacidade de fornecer uma série histórica sobre o cenário de saúde do Estado, proporcionando comparações entre diferentes informações.

O levantamento ainda demonstra que metade das regionais analisadas reduziu suas taxas de ISAP, enquanto as demais tiveram esse indicador aumentado no período analisado. Isto apesar de a cobertura da saúde da família ter se ampliada em 100% das regionais, com variações que oscilaram entre 88% e 1345%.

O levantamento sugere também que pode não haver influência do aumento de cobertura da ESF nas taxas de internações sensíveis apresentadas. No entanto, a cobertura da ESF no estado é crescente e expressiva, passando de 15,2% em 2000 para 61,4% em 2008, e a falta do impacto desta sobre o nível secundário e terciário de atenção à saúde evidencia problemas na gestão e qualidade do cuidado prestado na atenção primária.

Tais constatações nos levaram a questionar a adequação das práticas relacionadas à atenção primária e às condições oferecidas pelo gestor municipal para que essas práticas resultassem em melhorias identificadas nos indicadores em médio e longo prazo. Contudo o foco de interesse é pela investigação e aprofundamento no conhecimento sobre a organização municipal, visto que Mato Grosso, estado de interesse do presente estudo, vem contribuindo com incentivos financeiros para garantir boas condições de trabalho para as equipes de saúde da família.

O estado iniciou o processo de implantação de equipes de saúde da família em 1996, aos moldes definidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), com sensibilização de gestores e comunidade, mas a formação efetiva de equipes deu-se em 1997, com oito equipes em seis municípios (SES, 2000). Os incentivos financeiros federais repassados pelo MS foram fundamentais para a implantação de ESF no estado, entretanto não eram suficientes para a interiorização e fixação de profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), principalmente nos municípios de pequeno porte localizados no noroeste do estado.

Nesta perspectiva, a SES/MT, em 2000, estabeleceu em sua política de descentralização da saúde, implementada pelo estado desde 1995, mecanismos de concessão de incentivo para programas prioritários, dentre os quais a expansão de ACS e ESF. O incentivo foi previsto por meio do Decreto Estadual 1169 (MT, 2000), que autorizava a SES/MT a instituir o Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária. Neste estava previsto no seu art. 3º § 1º, "a concessão de prêmios por cumprimento de metas aos profissionais médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família dos municípios, com base nos indicadores de avaliação de resultados e de impacto das ações do Programa Saúde da Família (PSF)".

A partir de 2001, o repasse do incentivo foi modificado, passando a "dispor sobre o sistema de transferência voluntária de recursos financeiros do fundo estadual de saúde aos fundos municipais de saúde" (MT, 2001; 2003; 2008) e com caráter de incentivos aos municípios, não mais direcionados aos profissionais. Ele é regulamentado pelas Portarias 26/2001, 49/2002, 106/2003 e 084/2010 (SES, 2001; 2002; 2003; 2010), que promovem a reestruturação do programa e o estabelece como "Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária no Âmbito do SUS/MT", o qual é referido neste estudo como Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT.

O Decreto que dispõe sobre esse sistema de transferência é amplo e prevê em seu art. 3º que os recursos "destinar-se-ão, exclusivamente, ao custeio das ações de atenção básica e de assistência ambulatorial e hospitalar, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e das ações de vigilância a saúde" (MT, 2001; 2003; 2008). Entretanto há um dos componentes que prevê a reestruturação e implantação das equipes para suprir a deficiência existente nessa área.

O objetivo do incentivo é estimular os municípios a implementar e capacitar as ESF e elevar a cobertura populacional do estado. O resultado deste processo pode ser comprovado quando se analisa a série histórica de implantação de equipes nos municípios do estado, no período de 2000 a 2009 (Tabela 2). É nítido o aumento ocorrido, com uma cobertura que passou de 1,4% (8 equipes) em 1997, para 32,7% (299 equipes) em 2001 e continuou em ascendência, apresentando em dezembro de 2009, cobertura de 66,0% (578 equipes).

Tabela 2 - Número de municípios, equipes de saúde da família (ESF) e população coberta pela ESF, Mato Grosso, 1997-2009

ANO	MUNICÍPIOS COM ESF		Nº DE ESF IMPLANTADAS	% POPULAÇÃO COBERTA
	Nº	%		
1997	6	4,8	8	1,4
1998	18	14,3	22	3,8
1999	22	17,5	36	6,1
2000	76	60,3	147	15,2
2001	121	87,1	298	32,7
2002	138	99,3	319	43,8
2003	138	99,3	346	48,4
2004	138	99,3	360	53,8
2005	141	100,0	473	56,5
2006	141	100,0	483	60,2
2007	141	100,0	486	61,5
2008	141	100,0	495	61,4
2009	141	100,0	578	66,1

Fonte: COAP/SES/MT/2009

Também chamam a atenção os recursos financeiros repassados pelo estado aos municípios com equipes de saúde da família implantadas (Tabela 3). Observa-se que tais incentivos, iniciados em 2000, cresceram progressivamente passando de R$ 675.800,00 (2000) para R$ 31.631.200,00 (2009).

Tabela 3 - Número de equipes de saúde da família (ESF) e recursos do programa estadual de incentivo à saúde da família repassados às ESF, Mato Grosso, 2000-2009

ANO	N° ESF RECEBERAM RECURSOS	VALOR (R$)
2000	147	675.800,00
2001	298	3.466.800,00
2002	310	8.470.400,00
2003	370	15.684.000,00
2004	413	21.864.800,00
2005	435	23.843.200,00
2006	466	26.088.000,00
2007	486	27.024.000,00
2008	495	28.574.400,00
2009	548	31.631.200,00

Fonte: COAP/SAS/SES-MT

Esses recursos vêm sendo repassados mediante conferência e comprovação, através de relatório denominado "Relatório de controle para pagamento de incentivo PACS e PSF", o qual informa a existência de equipe completa (médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS). A falta de um destes profissionais por período superior a 45 dias desencadeia a suspensão de tais transferências, prazo este modificado pela Portaria 084/2010 (SES, 2010). As informações constantes do referido relatório são repassadas pelo município ao Escritório Regional de Saúde (ERS) que o avaliza e envia à Coordenadoria de Atenção Primária (COAP) para a elaboração da planilha de pagamento e os devidos encaminhamentos internos junto a SES/MT.

Os valores dos incentivos repassados são definidos de acordo com o estabelecido na Portaria 106/2003 (SES, 2003), a qual considera também um acréscimo de 100% sobre o valor estabelecido para o ano financeiro, por equipe, de acordo com a cobertura populacional do programa municipal. A localização geográfica do município também é considerada, conforme previsto na referida portaria.

A SES por meio de supervisões locais, realizadas pelas equipes dos ERS, faz o acompanhamento da aplicação dos referidos recursos, verificando as condições de trabalho dadas às ESF e suas capacitações. Além disso, é realizado o acompanhamento do alcance das metas estabelecidas para a atenção primária no município. A Portaria

106/2003 ainda estabelece o acompanhamento e fiscalização de setores como a auditoria e o próprio Conselho Estadual e Municipal de Saúde.

Diante do exposto, identificou-se a necessidade de se buscar responder: Qual o grau de implantação do programa estadual de incentivo à saúde da família no âmbito municipal, considerando os contextos político-organizacional e externo?

O esforço de responder a essa pergunta avaliativa se traduz na construção de explicações baseada em evidências sobre como vem se dando a gestão municipal dos incentivos financeiros repassados pela união e, principalmente, pelo estado, no período compreendido entre 2003 e 2008. Apesar do repasse ter se iniciado em 2000, fez-se este recorte temporal porque a partir de 2003 há uma relativa homogeneidade de informações disponibilizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o que permite maior comparabilidade dos dados e análise mais segura.

Apoios e incentivos financeiros reduzem as desigualdades regionais, auxiliando a implantação do programa saúde da família nos vários municípios, principalmente nos mais pobres, carentes de infra-estrutura assistencial. Parte-se assim do pressuposto que a gestão adequada dos incentivos financeiros proporciona uma melhor implementação da estratégia de saúde da família equalizando acesso aos serviços de saúde e reduzindo os indicadores desfavoráveis de Internações Sensíveis à Atenção Primária.

A capacidade de financiamento em saúde municipal, como componente fundamental para a garantia do acesso a ações e serviços de saúde da atenção integral, deve ser compatível com as necessidades e demandas da população. Acredita-se que quando o acesso aos serviços de saúde não se dá em momento oportuno, a qualidade da atenção primária é afetada e pode levar ao agravamento da condição clínica dos usuários.

Uma das constatações acerca desse tema é a existência de uma lacuna na produção de conhecimento sobre os resultados alcançados com o repasse dos recursos e as intervenções de saúde propostas para o alcance das metas pactuadas na atenção básica. O que se tem são avaliações das práticas cotidianas, nas quais se emite um julgamento de valor a partir do senso comum, com técnicas simplificadas e não sistemáticas de observação. Acrescido a isso, julgou-se oportuno investigar tal tema, pois não há registro de avaliação desenvolvida no programa estadual de incentivo desde a sua implantação, fundamental para a orientação do processo de tomada de decisão.

Em linhas gerais, este estudo está dividido em quatro partes. Na primeira faz-se uma revisão da literatura sobre o processo de descentralização da saúde e sobre a estrutura de financiamento na atenção primária, direcionando para a temática da investigação. Além

disso, busca-se apresentar de forma sucinta os indicadores de avaliação da qualidade da atenção primária à saúde, a abordagem utilizada na pesquisa e a avaliação dos aspectos financeiros. Na segunda descreve-se a metodologia empregando o modelo teórico da avaliação. Na terceira parte estão reunidos os resultados e na quarta a discussão e as recomendações feitas sobre as bases de dados organizados de acordo com os objetivos e dimensões estabelecidas.

A execução desta pesquisa foi possível graças aos recursos financeiros da SES/MT e o apoio da COAP visando o fortalecimento da capacidade técnica e a institucionalização do monitoramento e avaliação.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A Descentralização da Saúde e o Financiamento da Atenção Primária

O SUS vem passando, desde a sua instituição pelas Leis Orgânicas de 1.990, por importantes mudanças, entre as quais se pode destacar o avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal (SOUZA, 2002).

O que se observa é que no processo recente da descentralização e da municipalização da saúde, a ênfase é dada nas variáveis explicativas que identificam inovações no contexto da gestão, no compromisso e responsabilidade pública (*accountability*). Estas variáveis quase sempre representam processos aparentemente simples, mas que configuram precondições indispensáveis para mudanças e impactos mais substanciais, como por exemplo, no acesso e na qualidade da oferta de serviços médico-sanitário (BODSTEIN, 2002).

O processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha ganhado contornos mais definitivos na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação infraconstitucional subseqüente (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, normas e portarias regulamentadoras), é um movimento que começou a se estruturar ao longo da década de 1980 (UGÁ et al., 2003).

A implantação da gestão descentralizada das ações e dos serviços de saúde no SUS vem se realizando através de normas. Destacam-se as Normas Operacionais Básicas (NOB) e da Assistência à Saúde (NOAS), instrumentos para a operacionalização da diretriz de descentralização das ações e dos serviços, para a organização da gestão descentralizada do SUS, que vem se realizando após amplo processo de pactuação entre os gestores da saúde das três esferas de governo, avalizado pela Comissão Intergestores Tripartite (CONASS, 2007).

Os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, dada sua competência constitucional para "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população" (Constituição Brasileira, art. 30, VII) (BRASIL, 2001), passando a municipalização a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (UGÁ et al., 2003).

De acordo com Levcovitz, Lima e Machado (2001) há relativo consenso sobre os avanços no âmbito da descentralização. O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

Contudo, a questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS. Na indução de um novo modelo de atenção, a principal estratégia utilizada, relacionada ao financiamento para custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde sob gestão municipal, foi o Piso de Atenção Básica (PAB), criado pela NOB-96 e regulamentado pelas Portarias 1.882/1997 e 2.091/1998, que definiram uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB (MS, 1998).

Os diferentes tipos de transferência federal estão sujeitos às regras previstas na legislação da saúde – existência de Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Fundo de Saúde - e nas portarias ministeriais específicas – habilitação nas condições de gestão previstas nas NOB, certificação nos programas de atenção básica, cumprimento dos requisitos para o recebimento dos recursos, informação da produção. Apesar dos dispositivos legais e normativos do SUS darem certa garantia aos fluxos financeiros, destaca-se que todas as formas descritas podem ser interrompidas e seus montantes substantivamente alterados, na medida em que estão sujeitas a uma série de variáveis tais como as revisões periódicas dos tetos financeiros e as alterações freqüentes das portarias ministeriais (LIMA, 2007).

Dentre as inovações efetivamente implementadas, o que possibilitou a captação de novos recursos, foi a criação de incentivos financeiros para a estruturação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF). Incentivos esses determinantes para o crescimento do número de equipes no país e o desenvolvimento de ações mais abrangentes da atenção básica, propiciando a mudança do modelo assistencial. A partir da NOB-96, apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o PSF passa então a ser compreendido como "estratégia" para a organização da atenção básica (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Os incentivos para as equipes de agentes comunitários de saúde (ACS) e equipes de saúde da família (ESF) não foram implantados da forma como estavam previstos no texto original da NOB-96. Este previa um acréscimo percentual ao montante do PAB fixo, no entanto o repasse de tal incentivo se deu através de um componente específico dentro do PAB variável. Tal componente foi criado por regulamentação posterior à

publicação da norma e compreende um valor financeiro por equipe de ACS e/ou ESF, o qual aumenta progressivamente, em termos absolutos e por equipe, em função da cobertura populacional alcançada por esses programas (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001).

É reconhecido que os gastos públicos com saúde, no Brasil, ainda são insuficientes, representando cerca de 40% dos gastos totais com saúde (UGÁ e SANTOS, 2006, IBGE, 2008). Esta constatação suscita o problema relacionados a escassez bem como a gestão dos recursos financeiros para a superação das dificuldades para que o SUS universal e integral aconteça de fato. Assim, em setembro de 2000, um passo importante foi dado na busca pela superação desse problema com a edição da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) (BRASIL, 2000), que estabelece percentuais mínimos de aplicação de recursos financeiros na saúde por parte das três esferas de governo (união, estados e municípios). No entanto, pela falta de uma regulamentação do texto da emenda há ainda gestores que não a cumprem ou, para atingir os percentuais obrigatórios, atribuem ao setor gastos que não se relacionam, necessariamente, aos serviços e às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A comprovação de contrapartida de recursos municipais para a saúde é acompanhada através da análise dos documentos contábeis anexados ao Relatório de Gestão, Balanço Geral do Município, como também, dos dados alimentados no SIOPS. Este é um instrumento fundamental no monitoramento dos dispositivos constitucionais.

Mais recentemente foi editado o Pacto pela Saúde (MS, 2006a), em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais cabe ressaltar a integração das várias formas de repasse dos recursos federais, passando as transferências a serem feitas em blocos de financiamento para custeio (MS, 2006a).

No pacto, o bloco de financiamento para a atenção básica mantém-se como estipulado anteriormente pela NOB-96, como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais que compõem o bloco financeiro da atenção básica dividido em dois componentes: PAB fixo e PAB variável (MS, 2006a).

Apesar dos avanços e mudanças provocados com a criação desses blocos, onde os recursos passam a ser depositados em conta única para cada bloco, a lógica de distribuição de grande parte dos recursos permanece inalterada e os entes subnacionais, ainda, apresentam uma relativa autonomia na gestão orçamentária. O repasse só é efetivado mediante adesão do município ou estado ao referido programa e o

compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecem então limitada a autonomia decisória dos entes subnacionais (CASTRO e MACHADO, 2010).

A política de incentivo à implantação da ESF não é uma prerrogativa do MS. Alguns estados brasileiros, na busca de fomentar a atenção básica como "porta de entrada ao sistema", vêm, também, propiciando incentivos financeiros aos seus municípios para que esses implantem suas equipes de saúde da família. Nessa situação encontram-se estados como: Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe, Tocantins e Ceará, com diferentes critérios de repasse (MARQUES e MENDES, 2002; 2003).

Apoios e incentivos dessa instância estadual de governo, como componentes da estratégia da política estadual de saúde de redução das desigualdades regionais, auxiliaram a implantação do programa nos vários municípios, incluindo os mais pobres, carentes de infra-estrutura assistencial (CANESQUI e SPINELLI, 2006).

1.2 A Atenção Primária à Saúde e os Indicadores Indiretos

A rede de atenção primária de saúde (APS) constitui-se na porta de entrada do sistema para toda a população, resolvendo parte cada vez maior dos seus problemas de saúde e assegurando para os problemas mais complexos, o atendimento nos serviços de média e alta complexidade. É o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado, com qualidade e suficiência para a população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais freqüentes (BRASIL, 2003b).

As "internações por condições sensíveis à atenção primária (ISAP)" ou "internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA)", como podem também ser chamadas, tornaram-se um instrumento valioso para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde. Trata-se de um conjunto de doenças que, se abordadas de maneira apropriada, tanto em termos de promoção e prevenção quanto de tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente progrediriam a ponto de exigir internação (PERPÉTUO e WONG, 2006).

As altas taxas de internações por essas condições demonstram ausência ou ineficácia do desempenho da atenção primária à saúde em momento oportuno, levando a um agravamento da condição clínica (NEDEL, 2008; ALFRADIQUE, 2009). Entretanto, é necessário ponderar que os gestores agem em realidades sociais complexas, impulsionados e limitados por diversos fatores que dificultam ou não a materialização da política de saúde no território municipal (LIMA, 2006).

No Brasil há poucos estudos sobre a relação das ISAPs e a cobertura de saúde da família e/ou a qualidade da atenção prestada à saúde no primeiro nível de atenção. No entanto, esta tem sido a preocupação de autores como Elias (2008), Rehem e Egry (2008) e Veloso (2009), os quais asseguram que é possível perceber valores estatisticamente significativos comprovando o aumento da cobertura populacional pelo PSF e a redução nas ISAP. Entretanto, eles ponderam que não foi possível afirmar que a cobertura do PSF tenha sido o único e principal elemento responsável por essa evolução, mas certamente foi um dos fatores contributivos. Rehem e Egry (2008) ainda observaram que esta relação não se deu de modo uniforme em todas as regiões analisadas, o que pode sustentar a hipótese de que a expansão da cobertura do PSF sem a qualidade necessária não provoca um impacto sobre as ISAP.

Todavia, Fernandes (2009, p 928) afirma que "as internações sensíveis são, sobretudo, próprias do paciente, como idade, escolaridade e internações prévias, mas o controle regular da saúde fora da Estratégia de Saúde da Família duplica a probabilidade de internação".

Com base nesses achados, optou-se por utilizar uma construção metodológica que possibilitasse entender os aspectos teóricos com enfoque na avaliação de implantação, buscando apreender as relações entre o desenho do programa, de um lado, e o formato adquirido no fim do processo. Para isso fez-se necessário conhecer os conceitos e abordagens sobre avaliação.

1.3 Avaliação em Saúde: aspectos teóricos

Para uma primeira aproximação do que se pretende neste estudo, faz-se necessário recorrer a abordagens teóricas apresentadas na literatura sobre o que é avaliação, e, particularmente, avaliação de intervenções em saúde e selecionar o que mais se identificou com esta pesquisa.

A avaliação possui uma diversidade e uma amplitude de concepções, geradoras de uma polissemia conceitual e metodológica, tornando "obrigatório", ao gestor e/ou ao pesquisador, uma explicação das suas opções teóricas e técnicas. As dificuldades conceituais e operacionais são tantas que se poderia dizer que cada avaliador constrói o seu próprio conceito de avaliação (VIEIRA da SILVA, 2005; DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Sob o rótulo de avaliação reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo sobre determinada prática até a chamada pesquisa avaliativa, que busca responder a perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto,

proposta ou programa, recorrendo a métodos e técnicas científicas (VIEIRA da SILVA e FORMIGLI, 1994; MINAYO et al., 2005).

Na avaliação de serviços e intervenções de saúde há um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica que se constitui no instrumento dos gestores para reduzir incertezas, melhorar a efetividade para planejar o futuro e orientar a tomada de decisão (NOVAES, 2000).

Embora não haja consenso do que seja avaliação, está presente na concepção de diferentes autores como Contandriopoulos (2006) e Patton (1997) que ela implica em uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas ou intervenção, com o propósito de emitir um julgamento sobre o valor e o mérito do que está sendo avaliado.

O julgamento "é o conceito operativo central da avaliação" (NEMES, 2001:9), que por sua vez, é o que vai diferenciar, de fato, a pesquisa avaliativa de qualquer outro tipo de pesquisa. A autora complementa essa idéia ao considerar que o "ciclo avaliativo" necessita da elaboração de parâmetros que, fundados em teorias, normas e padrões acerca da intervenção, possam produzir *indicadores* válidos para o julgamento (NEMES, 2001).

No entendimento de Contandriopoulos et al. (1997) avaliação normativa apóia-se no fato de que existe uma relação entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas, ou ainda, aos resultados de pesquisas avaliativas ou outros tipos de pesquisa, ou fundamentados em julgamentos de pessoas bem informadas ou *experts* na área e os efeitos reais do programa ou da intervenção.

Vieira-da-Silva (2005), ao fazer crítica à concepção de Contandriopoulos et al. (1997), propõe uma revisão ao sentido atribuído à noção de julgamento, que pode variar da formulação de um juízo de valor dicotômico (quantitativo e qualitativo) até uma análise que envolva o significado do fenômeno avaliado. Os argumentos da autora são devidamente pertinentes por trazerem a reflexão sobre o caráter processual, dinâmico e multifacetado que envolve uma intervenção como um conjunto de práticas sociais e o exercício da atribuição de valores não apenas restritos as normas existes.

A questão é que nem sempre os critérios para imputação de valores estão estabelecidos e muitas vezes também não estão definidos com clareza os objetos a serem valorizados. Assim como não há uma verdade única sobre quais os critérios a serem selecionados, e seus valores dependem do olhar e experiências vividas daqueles que realizam a avaliação.

Entretanto, na pesquisa avaliativa, é verificada a preocupação em se examinar através de procedimentos científicos, as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção e o contexto onde ela se situa, objetivando orientar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na concepção do referido autor, a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis diferentes tipologias de análises, assim subdivididas: analise da pertinência da intervenção e os fundamentos teóricos (análise estratégica); dos objetivos da intervenção e os meios empregados para atingir estes objetivos (análise da intervenção); da produtividade; dos efeitos (análise de efetividade); dos recursos aplicados com os efeitos obtidos (análise de rendimento) e da influência do contexto e da variação do grau de implantação de uma intervenção nos efeitos (análise de implantação). Fazer pesquisa avaliativa de uma intervenção consiste, portanto, em fazer uma ou várias destas análises.

Nessa perspectiva, considera-se pertinente a realização de uma pesquisa avaliativa, que contempla em uma de suas etapas o normativo, com base nos componentes de estrutura (recurso empregado e sua organização) e de processo (serviços produzidos) e duas tipologias de análise: da intervenção e da implantação do programa estadual de incentivo à saúde da família em nível local no estado de Mato Grosso.

Entende-se que uma das formas de se apreender a dimensão político-organizacional de um programa é articular projeto e capacidade do governo, além da governabilidade do sistema, proposto por Matus (1996), conhecida como *triângulo de governo*. De acordo com esse e outros autores como Vieira da Silva (2007) e Rocha et al. (2008), qualquer perspectiva de governo envolveria três componentes chaves: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade. O projeto de governo aplica-se ao conjunto de propostas que caracterizam a perspectiva de ação, do ator social em questão (ex.: plano municipal de saúde, projeto PSF e Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF). A capacidade de governo refere-se ao arsenal de ferramentas teórico-metodológicas que o ator social dispõe para implementar seu projeto (portarias, resoluções etc.); à experiência acumulada para conduzir, gerenciar, administrar, exercer controle do processo, bem como conceber, executar estratégias e táticas eficazes; e também à qualificação técnica e às qualidades relacionais. Já a governabilidade diz respeito à liberdade de ação em situações controladas e não controladas no governo, requerendo habilidades de conduzir um processo com definição clara de objetivos que, no entanto, poderão ser reformulados ou até abandonados a depender dos resultados.

Segundo Vieira da Silva (2007) os componentes do *triângulo de governo*, corresponderiam a um fortalecimento do poder local das instituições públicas e da capacidade de gestão dos sistemas de saúde. A atuação conjunta dos três pode resultar em melhor organização dos serviços de saúde viabilizando maior acesso e cobertura e otimização do uso dos recursos públicos visando a assegurar maior integralidade e efetividade.

Autores como Bodstein (2002), Hartz e Vieira da Silva (2005) afirmam que, num contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, é crucial determinar onde investir e o que universalizar e disponibilizar como atividade, programa e serviço, tamanhos são os descompassos e vicissitudes entre os princípios do SUS e sua execução como política pública. Isso torna a avaliação essencial para estabelecer a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. A discussão sobre o processo de *accountability* dos gestores e da eficiência e responsabilidade na utilização dos recursos públicos é imprescindível na avaliação da capacidade de gestão local.

O termo *accountability*, proveniente do inglês, é sinônimo de responsabilidade, tanto para a organização como para o indivíduo e, a gestão do setor público necessita incorporar este elemento. Definição contida, também, no termo autonomia, até então ausente no nosso sistema, a descentralização com responsabilidade (TAGLIETTA, 2006). Originário na gestão empresarial, *accountability* diz respeito à prestação de contas centrada nos resultados, numa lógica de racionalidade produtiva econômico-financeira. Tem sido traduzido como responsabilidade, responsabilização, *respondabilidade,* responder pelas ações, prestação de contas, produtos, decisões e políticas (CARDOSO, 2005).

Especificamente no que tange à avaliação da intervenção, ou contexto interno, a dimensão de conformidade dos critérios e normas da atenção e da oferta de serviço de saúde, aproxima o olhar das unidades de saúde da família e dos fluxos entre os níveis de atenção do SUS. Desta forma, a visualização da cobertura, da capacitação dos recursos humanos, da constituição da equipe de saúde, da infra-estrutura e área física, precisam ser contempladas sob a ótica da disponibilidade, oportunidade e qualidade técnica.

De acordo com Penchansky e Thomas (1981) a **disponibilidade** (*availability*) refere-se à relação entre o volume e o tipo de recursos e atividades existentes e o volume e tipo de necessidades dos clientes. Este aspecto é usualmente mensurado através dos indicadores de cobertura, isto é, a proporção da população que se beneficia das ações do programa. Os recursos existentes para a execução das atividades foram

vistos como infra-estrutura (recursos humanos, financeiros, espaço físico, equipamentos, materiais, capacitação) suficiente e garantida no momento e de acordo com as necessidades do serviço e sua conformidade com a norma.

A **qualidade técnica** abordada por Vuori (1988) refere-se aos recursos em termos de força de trabalho, instalações e equipamentos descritos e comparados com critérios e padrões estabelecidos e adaptados às necessidades dos usuários, possibilitando processo adequado de cuidados e resultado favorável

Donabedian (1990), autor de reconhecido destaque na área de avaliação da qualidade da assistência médica, destaca que um dos três enfoques possíveis para um processo de avaliação seria a avaliação de "estrutura", onde se analisam os recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, etc.) e organizacionais da atenção.

Com base no conceito trabalhado por Cruz (2006) e Santos (2008), a **oportunidade** se caracteriza pelo tempo oportuno entre os recursos disponíveis e a concretização da ação. Ou seja, refere-se à existência dos recursos no lugar e no tempo oportuno em que é requerido e necessário para que a ação se concretize.

A pesquisa avaliativa conforme propõem Contandriopoulos et al. (1997) é julgar o programa e sua implantação, assim como uma analise das relações existentes entre os diferentes componentes dessa intervenção e o contexto no qual ela se estabelece. Assim como, a análise da intervenção é uma análise de adequação da teoria na qual a intervenção foi construída, da quantidade dos recursos e atividades empregadas e, a maneira como estes estão organizados.

Contandriopoulos et al. (1997) ainda estabelecem que analisar a implantação consiste em medir a influência que pode ter o grau de implantação de uma intervenção e seu contexto de inserção na produção dos efeitos. Denis e Champagne (1997) e Hartz et al. (1997) consideram que este tipo de análise aumenta a validade externa de uma avaliação, pois discrimina a contribuição dos componentes implantados do programa (grau de implantação) na produção dos efeitos; ela melhora a compreensão dos elementos que favorecem ou inibem a eficiência dos programas.

Analisar o contexto se reveste de particular importância diante de variações na implantação e de efeitos inesperados, enfatizam autores como Denis e Champagne (1997). Desta forma as análises feitas sobre as características do campo se acrescentam as relativas às diversas organizações componentes, tais como: distribuição das diversas espécies de poder; as características organizacionais; os principais atores e as relações estabelecidas entre eles e de que forma essas dinâmicas interferiram com o grau de implantação observado e os efeitos. A resposta a essas colocações requer a realização de

investigações avaliativas que podem ser estudos comparativos, estudos experimentais ou estudos de caso.

Para autores como Travassos e Martins (2004); Almeida et al. (2003); CNDSS (2008) os fatores organizacionais, disponibilidade de recursos, características geográficas e de acesso à rede de serviços são necessários para prestar atendimento em sintonia com a necessidade da demanda, em tempo e local oportuno. Ampliar o acesso torna-se importante para suprimir disparidades em saúde e elevar qualidade e os anos de vida saudável. Sendo que, os fatores decisivos da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia), aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros)

Entende-se que a saúde é um estado complexo, o qual depende da interação de inúmeros fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos e seus determinantes efetivos abrangem os efeitos combinados dos meios físicos e sociais sobre os indivíduos e as comunidades, tais como: os níveis de renda dos indivíduos, nutrição, saneamento básico e nível de educação (MEDICI, 1994; ALMEIDA et al., 2003).

A renda e a escolaridade estão fortemente associadas a esse resultado de saúde da população. Famílias com menor renda gastam uma proporção muito maior de seu orçamento com saúde em comparação com as de maior renda, chegando essa diferença a ser 2,5 vezes maior, em pontos percentuais, no caso das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul. Já os efeitos do nível de instrução manifestam-se das mais diferentes formas: na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008).

Compreender esse contexto político organizacional e externo facilita a apreensão dos fatores que influenciaram a utilização dos recursos financeiros no nível local.

1.4 Avaliação dos Aspectos Financeiros

A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8142/90) é o primeiro diploma legal a abordar assunto de natureza financeira relativo à saúde. Esta dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros entre

esferas de governos. Entretanto, não definiu os montantes de recursos a serem destinados ao setor nas três esferas de governo, o que só veio a ocorrer com a promulgação da EC-29 (OPAS, 2002).

O financiamento tem sido um dos temas mais candentes na agenda de construção do SUS. Muitos recursos do SUS são destinados aos estados e municípios na forma de incentivos financeiros, porém os efeitos destes não têm sido suficientemente avaliados (OPAS, 2002).

No Brasil, as iniciativas estão mais voltadas para a avaliação de processo de descentralização ou de implantação de programas específicos. No campo do financiamento, estudos gerais vêm discutindo de forma agregada a questão das fontes e volume de recursos para o SUS, do ponto de vista de sua suficiência em relação à necessidade de expansão dos gastos de saúde (PEREIRA et al., 2006).

A necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se um imperativo tanto para estabelecer a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada (ALMEIDA, 2002).

Na busca de alguns estudos que tratavam desta temática foi evidenciada grande variedade de abordagens e metodologias. Enfatizam-se aqui as julgadas fundamentais para compreensão das abordagens que nortearam a presente avaliação.

A evolução do financiamento do sistema de saúde brasileiro, as fontes de financiamento, mecanismos de alocação e partilha de recursos, comportamento do gasto e o processo alocativo como mecanismo indutor na implementação da política de saúde são descritos por Barros (2002). Como resultado, o estudo aponta: o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema; a implicação sobre o planejamento de ações para o atendimento das necessidades das populações; a possibilidade de uma redução gradual na responsabilidade sanitária dos gestores subnacionais, podendo, também, resultar em danos ao princípio da integralidade da atenção. O princípio legal do comando único do sistema em cada esfera de governo fica comprometido e reduz o controle social. O estudo recomenda a redistribuição de recursos destinados a custeio.

Os efeitos do PAB-variável na indução da política de saúde local, e a congruência entre os programas desenvolvidos e as prioridades identificadas em seu planejamento, fazem parte do estudo realizado por Mendes e Marques (2002). Nele também são apresentadas as ponderações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde (FMS) quanto à operacionalização das atuais formas de transferências. A pesquisa revelou que

o comprometimento do gestor no gasto com saúde não tem relação com a forma de habilitação ao SUS. As ações em saúde consideradas como prioritárias no planejamento local são aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação. Além disso, evidenciaram que a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade que estão vinculados a programas e ações prejudica o atendimento às necessidades de saúde das populações locais. Os autores apontam as dificuldades decorrentes da proliferação de contas bancárias individuais, vinculadas a cada forma de incentivo, o que aumenta o volume de trabalho contábil e é incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem como o conhecimento técnico específico necessário à melhor gestão dos recursos.

Na análise dos dados de implementação do PAB, Melamed e Costa (2003) demonstram que os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do SUS foram os mais favorecidos pelos novos mecanismos de transferência propostos pelas NOBs. Destacam a importância dos incentivos estaduais, como formas adicionais e mais próximas às necessidades diferenciadas de recursos pelos municípios, decorrentes de suas condições específicas, destacando critérios adicionais utilizados para definição dos repasses.

O avanço do SUS resultou em maior participação dos municípios no financiamento da saúde e, portanto, na queda relativa dos recursos da União, muito embora eles continuem, de longe, a ser a principal fonte de receita (MARQUES e MENDES, 2003).

A dependência dos repasses intergovernamentais torna-se mais evidente em municípios de pequeno porte (abaixo de 20.000 habitantes) do que em municípios maiores, como afirmaram Scatena e Tanaka (2000) em estudo realizado em municípios mato-grossenses. Os municípios com população de 20 mil a 100 mil habitantes possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde como efeito da vinculação estabelecida pela EC, aborda Lima (2006) no estudo sobre as relações entre o federalismo fiscal e o financiamento do SUS no período de 1990 a 2002. Isso porque a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa e os pequenos municípios são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do MS.

Lima (2007) levanta as desigualdades da sociedade brasileira e o contexto de escassez de recursos financeiros para o setor da saúde. Associa as características estruturais do federalismo fiscal e o modelo predominante das transferências do SUS. Verifica as influências na negociação política e implantação de alternativas de

financiamento federal não atreladas, diretamente, à oferta e produção de ações e serviços de saúde nos estados e municípios. Observa também que a falta de um planejamento integrado entre os critérios que regem a redistribuição dos recursos para o financiamento do SUS e o sistema de partilha tributário da federação brasileira reforça determinados padrões de assimetria encontrados e gera novos desequilíbrios, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais.

A autora destaca ainda que a prática de vinculação de recursos federais suscita polêmica no que diz respeito à delimitação do poder da União *versus* o grau de autonomia de estados e municípios. Autonomia esta necessária para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local. Nem sempre os recursos transferidos fundo a fundo aos municípios podem ser utilizados para atender necessidades específicas destes entes, tendo em vista sua vinculação (Marques e Mendes, 2003), o que pode comprometer a gestão orçamentária destas esferas sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto (LIMA, 2007).

Para os gestores municipais em um estudo realizado por Luna (2006) sobre o perfil de 74 secretários municipais de saúde em MT, a principal dificuldade sentida (32,4%) é a insuficiência de recursos financeiros disponíveis para custear o SUS municipal. Quando questionados sobre o financiamento e gestão dos recursos, 77,0% consideraram os recursos insuficientes e 21,6% expressaram serem suficientes quando adequadamente administrados. No universo estudado pela autora 54,0% têm autonomia para administrar os recursos do FMS.

Quando se trata de análise da aplicação de recursos repassados para a saúde o SIOPS tem sido a ferramenta utilizada pelos pesquisadores como fonte de informação. As informações de caráter orçamentário e financeiro, produzidas e disponibilizadas pelo referido sistema, com regularidade e qualidade crescente, torna-o uma importante fonte de dados para a realização de estudos por instituições de pesquisa, acompanhamento e fiscalização pelos órgãos de controle, gestão e avaliação das ações no âmbito do SUS. Além disso, é um instrumento potencial de apoio ao planejamento, à gestão e ao controle social do financiamento e do gasto público em saúde. Suas informações podem viabilizar aprimoramentos, disseminação de experiências bem-sucedidas entre os entes federados, distribuição adequada dos gastos entre investimento e custeio e entre as esferas governamentais (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003; LIMA, CARVALHO e SCHRAMM, 2006).

Embora todos os artigos referenciados analisem e descrevam aspectos ligados ao financiamento do setor saúde, a gestão destes recursos nos município, ainda, é pouco explorada e, portanto, faz-se necessário investir nessa avaliação objetivando fornecer, em tempo oportuno aos "*policy maker"* (gestores e co-gestores) da saúde, informações úteis e relevantes para orientar a tomada de decisão.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde, no município de Poconé - MT.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o município nos aspectos demográfico, sócio-econômico e sanitário;
2. Caracterizar o Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito municipal;
3. Caracterizar a autonomia, a governabilidade e a capacidade técnico-gerencial, relativas à gestão dos recursos do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família, no município;
4. Estimar o grau de implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família, considerando os contextos político organizacional e externo;
5. Analisar a interferência do contexto organizacional e externo na implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Modelo Teórico da Avaliação

Usualmente chamado de desenho da avaliação, plano de avaliação, modelo lógico de avaliação ou modelo teórico de avaliação. Os modelos de avaliação fornecem uma estrutura sistematizada que orienta o processo avaliativo. Esses modelos ajudam os avaliadores a tomarem decisões metodológicas, a lidar com os usuários potenciais e a descrever os passos a serem seguidos durante o processo de avaliação (MS, 2005a).

De acordo com Cruz (2006), o modelo teórico de avaliação focaliza o desenho da avaliação do programa a partir da identificação das questões avaliativas apropriadas e dos dados relevantes necessários. A construção do modelo ou desenho da avaliação pressupõe a definição do tipo de avaliação, a análise dos usuários potenciais da avaliação, a forma de coleta e análise de dados e a disseminação de seus resultados.

Nesta pesquisa, o modelo teórico foi utilizado como ferramenta, ajudando a pesquisadora a sistematizar os passos da avaliação e a caracterizar o tipo de avaliação realizada. Propõe-se aqui apresentar um desenho de modelo que aborde o papel da teoria no processo de avaliação em saúde, as diretrizes para a construção do modelo teórico da avaliação e a construção de matrizes de medidas.

A ênfase na teoria como estratégia metodológica privilegiada para a avaliação de programas remete à elaboração de modelos lógicos do programa como componente necessário do processo avaliativo, pois descreve a intervenção de uma forma racional e organizada (VIEIRA da SILVA, 2005).

Um importante passo, portanto, foi descrever claramente as atividades do programa. Um programa ou intervenção bem descrito é mais fácil de ser avaliado, pois apresenta, de maneira visual e sistemática, as relações entre intervenção e efeito. O modelo lógico incluiu as relações entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar (MS, 2005a).

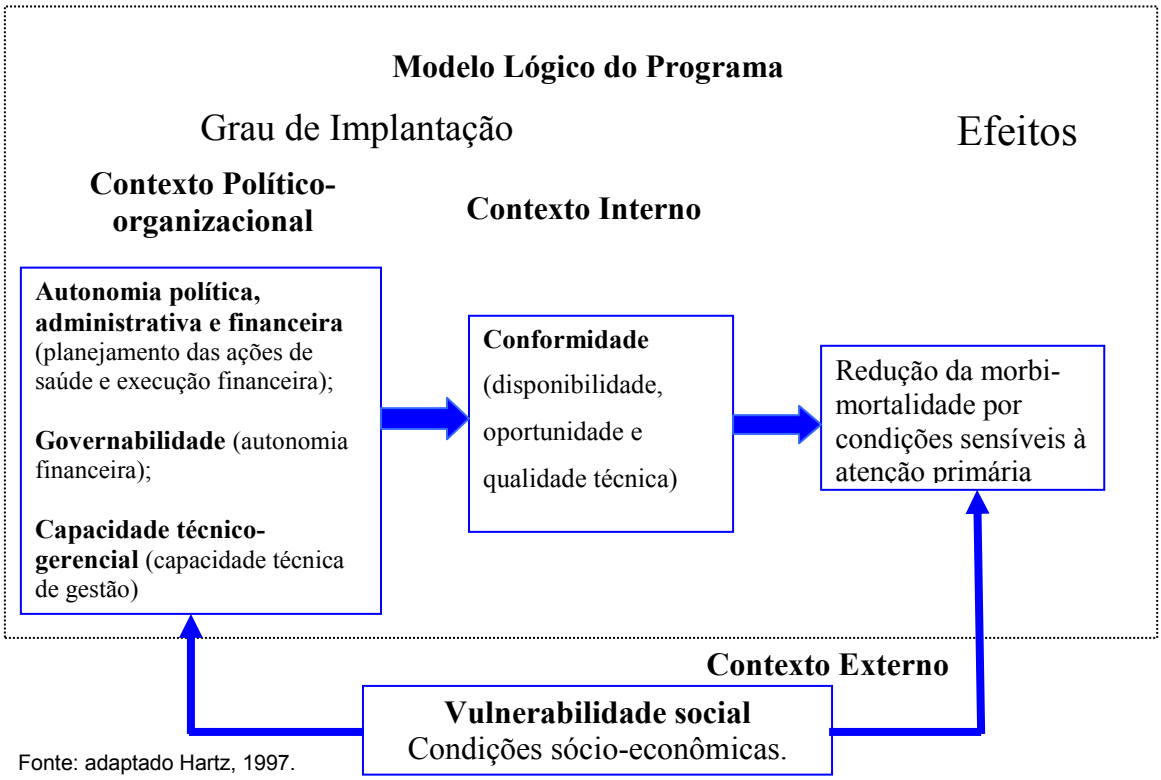
Para Medina et al. (2005), a construção do modelo lógico do programa explicitaria sua racionalidade subjacente; inclui, portanto, especificações sobre o problema ou comportamento visado, a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para produzirem, isolada ou integradamente, os efeitos esperados.

O presente estudo tem o programa estadual de incentivo à saúde da família no âmbito do SUS/MT como unidade de análise. Foram consideradas como dimensões estratégicas os contextos político-organizacional e interno, relacionados aos

componentes técnicos de gestão, para estimar o grau de implantação do programa em um município mato-grossense. Além disso, pretendeu-se explicar como os fatores do contexto externo interferem positiva ou negativamente no desenvolvimento do programa.

O modelo proposto para a análise da implantação do programa estadual de incentivo à saúde da família no âmbito do SUS/MT, suas dimensões e contextos, podem ser visualizados na figura 1.

Figura 1 - Modelo para análise da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT



Fonte: adaptado Hartz, 1997.

No contexto político-organizacional, fazendo uma aproximação às dimensões definidas por Matus (1996) e Vieira da Silva (2007) dentro do projeto de governo, estabeleceu-se como dimensão a autonomia política, administrativa e financeira da gestão municipal de saúde; dentro da governabilidade a dimensão que aborda a autonomia do gestor municipal de saúde para utilização dos recursos financeiros e sua responsabilidade sobre a aplicação dos mesmos (accountability) e dentro da capacidade de governo a dimensão capacidade técnico-gerencial que se expressa na capacidade técnica de gestão.

Entende-se autonomia política a capacidade que o município tem de definir e operacionalizar as políticas municipais de saúde, consoantes com a política nacional do SUS. Autonomia administrativa como a habilidade do município desenvolver uma

política de programação, execução, acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS e a capacidade em deliberar sobre suas próprias estratégias e metas para melhorar os indicadores da atenção básica. E como autonomia financeira, a capacidade de auto-utilização dos recursos destinados ao setor saúde para promover o acesso da população à assistência (MOREIRA, 2002). O estudo deteve-se nos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços básicos de saúde, avaliando a otimização dos recursos transferidos fundo a fundo pelo governo estadual referente às ESF.

A governabilidade, neste trabalho, foi tratada como uma dimensão que aborda a autonomia do gestor municipal para utilização dos recursos financeiros e sua responsabilidade sobre a aplicação dos mesmos (accountability).

A capacidade de governo foi determinada através da dimensão capacidade técnica-gerencial que se expressa no capital intelectual acumulado pela direção, destreza para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades (MATUS, 1996; VIEIRA da SILVA, 2007).

O termo *accountability* é utilizado neste estudo como abordagem que permeia as dimensões: autonomias política, financeira e administrativa, capacidade técnico-gerencial e governabilidade. Nestas dimensões o termo está empregado como sendo a responsabilidade que o gestor da saúde tem para responder pelo planejamento das ações de saúde, execução financeira, capacidade de utilização dos recursos destinados ao setor saúde (autonomia financeira) e capacidade técnica de gestão.

No que tange ao contexto interno, tratou-se como dimensão a conformidade (C*ompliance*). Esta, entendida como consonância da intervenção com as normas e recomendações sob a ótica da disponibilidade, oportunidade e qualidade técnica. A disponibilidade refere-se à existência de recursos para a execução das atividades pelas equipes, a oportunidade diz respeito à sua garantia em momento oportuno e a qualidade técnica relaciona-se ao cumprimento do que está preconizado nas normas. Além disso, observou-se a oferta de serviços de saúde básicos e de referência.

Entende-se que a efetividade da atenção básica como resposta às necessidades de saúde da população envolve: a boa cobertura de equipes de saúde da família; disponibilização de recursos humanos em quantidade, perfil e qualificação profissional; elaboração e cumprimento da programação de acordo com o perfil epidemiológico por equipes e sua área de abrangência; oferecimento de estrutura física e manutenção da mesma; aquisição de equipamentos e materiais mínimos necessários; oferecimento de medicamentos básicos preconizados; garantia de apoio diagnóstico e terapêutico; além

de garantia das referencias de consultas médicas especializadas, internações e exames de média e alta complexidade.

Como apresentado no modelo, os contextos político-organizacional e interno encontram-se num mesmo nível, mas sofrem a influência do contexto externo, ali representado como vulnerabilidade social. Neste estudo, ela é entendida como as condições sócio-econômicas, cuja interferência se faz tanto no setor saúde como nas demais políticas sociais do município.

Grande parte dos programas ou serviços não possui sistematizados os modelos lógicos segundo os quais desenvolvem suas práticas. Assim, o avaliador deverá construí-los, e para isso, deverá basear-se em achados colhidos da literatura científica, documentos sobre o programa ou serviço e obter dados obtidos junto aos implicados no programa ou serviço (FURTADO, 2001).

Objetivando proporcionar uma melhor visualização e compreensão do programa que foi avaliado, fez-se necessária a construção de um modelo lógico, através do qual se pôde identificar o problema, a pergunta avaliativa, o desenho do estudo, relevância e dimensões da avaliação por componente. Pôde-se ainda, eleger um elenco de critérios e indicadores e os parâmetros para a classificação do grau de implantação, permitindo desta forma a elaboração de um diagrama, fluxograma ou mapa com os passos metodológicos da avaliação por meio de um modelo construído ou adaptado.

3.1.1 Modelo Lógico do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT

Um modelo lógico do programa (MLP) descreve a seqüência de eventos, através de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, para demonstrar como o programa teoricamente funciona. Uma das vantagens deste modelo é sua capacidade de resumir o mecanismo de funcionamento do programa ligando o processo aos resultados através de uma seqüência de passos, considerando ainda a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do programa. Podem ainda ser criados para apresentar um programa com diferentes níveis de detalhes, a partir de diferentes perspectivas, ou para diferentes públicos (CDC, 1999).

A base teórica proposta segue a abordagem para avaliação de programas do *Centers for Disease Control and Prevention - CDC* (1999*)*. Estão incluídos no modelo lógico os insumos *(inputs)*, as atividades, os produtos *(outputs)* e os efeitos de curto (produtos), médio (resultados) e longo prazo *(outcomes)* que contribuirão para a visualização do foco do estudo (CDC, 1999).

Um modelo lógico não é algo estanque, acabado, e, uma vez construído, pode ser aperfeiçoado no decorrer do processo de avaliação, objetivando a obtenção de maior consistência dos resultados, pois a realidade é dinâmica. A precisão da descrição de um programa pode ser confirmada por consultas com diversas partes interessadas e o relato das práticas pode ser verificado com a observação direta das atividades "in loco". (FRIAS, 2005; CDC, 1999).

O Modelo Lógico do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT proposto (Figura 2) foi construído tomando por base as informações disponíveis em documentos, portarias e materiais informativos sobre o programa e para entendê-lo melhor torna-se importante sua contextualização e descrição.

O desafio da descentralização e consolidação do SUS no estado de Mato Grosso fez com que o gestor estadual buscasse formas de estimular os gestores municipais a implantarem novas equipes do PSF. À época, os avanços na organização das ações e serviços locais perpassavam por implementação de estratégias que viessem a contribuir com o processo de mudança de modelo, objetivando garantir oferta de ações e serviços na atenção básica de saúde nos municípios.

A princípio foi criado um incentivo financeiro por meio do Decreto Estadual 1169 (MT, 2000), destinado a complementar o salário de médicos e enfermeiros, visando a captação e a fixação destes profissionais. Estes recursos eram repassados através de convênio, que previa mecanismos diferenciados de incentivos financeiros, respeitando o princípio de equidade para os municípios que implantassem equipes como os localizados nas regiões do Baixo Araguaia e Noroeste mato-grossense. Para as referidas regiões foi estabelecido um montante de R$ 24.000,00 por equipe/ano, enquanto as demais regiões recebiam R$ 14.000,00 por equipe/ano.

A partir da nova redação dada ao artigo 198 da constituição brasileira pela EC-29 que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, ou seja, "aplicação do mínimo exigido da receita, resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde", o gestor estadual passa então a buscar novas formas de repasse.

Nesta perspectiva, foi iniciada uma série de estudos sobre as formas e mecanismos de financiamentos existentes para as ações de saúde no país, com vistas à identificação do que seria mais apropriado para o repasse do incentivo, e assim, substituir a forma convenial, utilizada até então, para financiar ações específicas. O mecanismo

identificado por estes estudos foi o incentivo, nos moldes dos que compõem a parte variável do PAB e o repasse Fundo Estadual de Saúde (FES) aos FMS.

Nesta linha, o governo do estado publicou e republicou os Decretos 2.312/2001, 765/2003, 1.328 e 1.455/2008, que dispõem "sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do FES aos FMS e dá outras providências". Estes decretos objetivam viabilizar recursos financeiros sob a forma de incentivos aos municípios destinados, exclusivamente, no SUS, em programas e ações de atenção básica, média e alta complexidade. Cabendo aos municípios a aplicação desses recursos.

A descrição a que se propõe neste estudo originou-se das informações contidas no Decreto 765, o qual definiu, detalhadamente, o sistema de transferência, até 2008. Este decreto ainda dispunha que os recursos financeiros deveriam ser aplicados nas seguintes ações e serviços: atividades de atenção básica da equipe de ACS e ESF; implantação, implementação, organização e regulação dos serviços de referência regional de microrregional e a consolidação dos consórcios intermunicipais de saúde na aplicação dos recursos destinados à assistência ambulatorial e hospitalar e aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; ações relativas à vigilância a saúde, fiscalização sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e de controle de endemias.

Os municípios que aderiram ao sistema de transferência voluntária de recursos financeiros fundo a fundo, independentemente da condição de gestão prevista na NOB-96 (gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal) para a qual se encontravam habilitados, ficavam obrigados a elaborar anualmente relatório anual de gestão (RAG), aprová-lo no Conselho Municipal de Saúde (CMS) enviando a resolução ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual (MS, 2007; 2008a). Ficavam também, responsáveis de apresentar à SES o comprovante de remessa das contas anuais ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), de forma a demonstrar o montante de recursos destinados à saúde, adotando o formato de prestação de contas do SIOPS.

Os recursos seriam suspensos quando o município: descumprisse com as exigências previstas no artigo 198 da Constituição Federal de acordo com a nova redação dada pela EC-29; não apresentasse à SES o RAG e o SIOPS; deixasse de cumprir as condições pactuadas nos termos de adesão ao Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros Fundo a Fundo; deixasse de apresentar comprovante de remessa da competente prestação de contas ao TCE. Cabia à Coordenadoria de Auditoria/SES o acompanhamento e a avaliação anual do cumprimento das referidas exigências.

A partir do decreto, a SES instituiu através da Portaria 026/2001 e 106/2003, o "Programa de Apoio à Saúde da Família e Comunitária no Âmbito do SUS/MT", o qual

possui transferência automática, fundo a fundo, de recursos exclusivamente estaduais aos municípios, visando a sua reestruturação (SES, 2001; 2003).

O Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT é norteado pelos seguintes princípios e diretrizes: consolidação da estratégia saúde da família de forma a contribuir para implementar a atenção básica nos municípios mato-grossenses, visando a reorientação do modelo assistencial, através do estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população; estabelecimento de parceria e cooperação com a sociedade civil organizada, nas ações direcionadas ao acompanhamento e avaliação da ESF em Mato Grosso; apoio aos programas de capacitação do PSF de lideranças associativas aos profissionais das ESF e aos ACS; controle social do PSF como um dos indicadores de avaliação de resultados e de impacto das ações desenvolvidas pelas ESF dos municípios; adequação às diretrizes do Decreto 765/2003 e aos requisitos da Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB) 041/99 (SES, 1999).

A Portaria 106 prevê ainda que o repasse do recurso observe, principalmente: o caráter redistributivo do apoio financeiro, com vistas a minimizar as desigualdades regionais de renda e receita dos municípios, sobretudo daqueles pertencentes às regiões do Baixo Araguaia e do Noroeste Mato-grossense; as metas estabelecidas no Plano Estadual de Saúde (PES) e no Plano Plurianual (PPA), quanto à implantação gradual, por exercício financeiro, dos incentivos voltados à valorização dos profissionais que compõem as equipes de saúde dos municípios.

Para o cálculo dos recursos repassados às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), é considerado um acréscimo de 100% sobre o valor estabelecido para o ano financeiro, por equipe, conforme a cobertura populacional do programa municipal, assim fixada:

- 30% ou mais de cobertura populacional de SF para os municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes;
- 50% ou mais de cobertura para os municípios com população igual ou superior a 30.000 habitantes e inferiores a 100.000 habitantes;
- 60% ou mais de cobertura para os municípios com população maior ou igual a 10.000 habitantes e inferiores a 30.000 habitantes;
- 70% ou mais de cobertura para os municípios com população inferior a 10.000 habitantes.

Observando o princípio da equidade, as dificuldades de acesso e as desigualdades sociais, as equipes de saúde da família das regiões do Baixo Araguaia e Noroeste do Estado, regiões mais carentes do estado, ainda recebem um valor diferenciado.

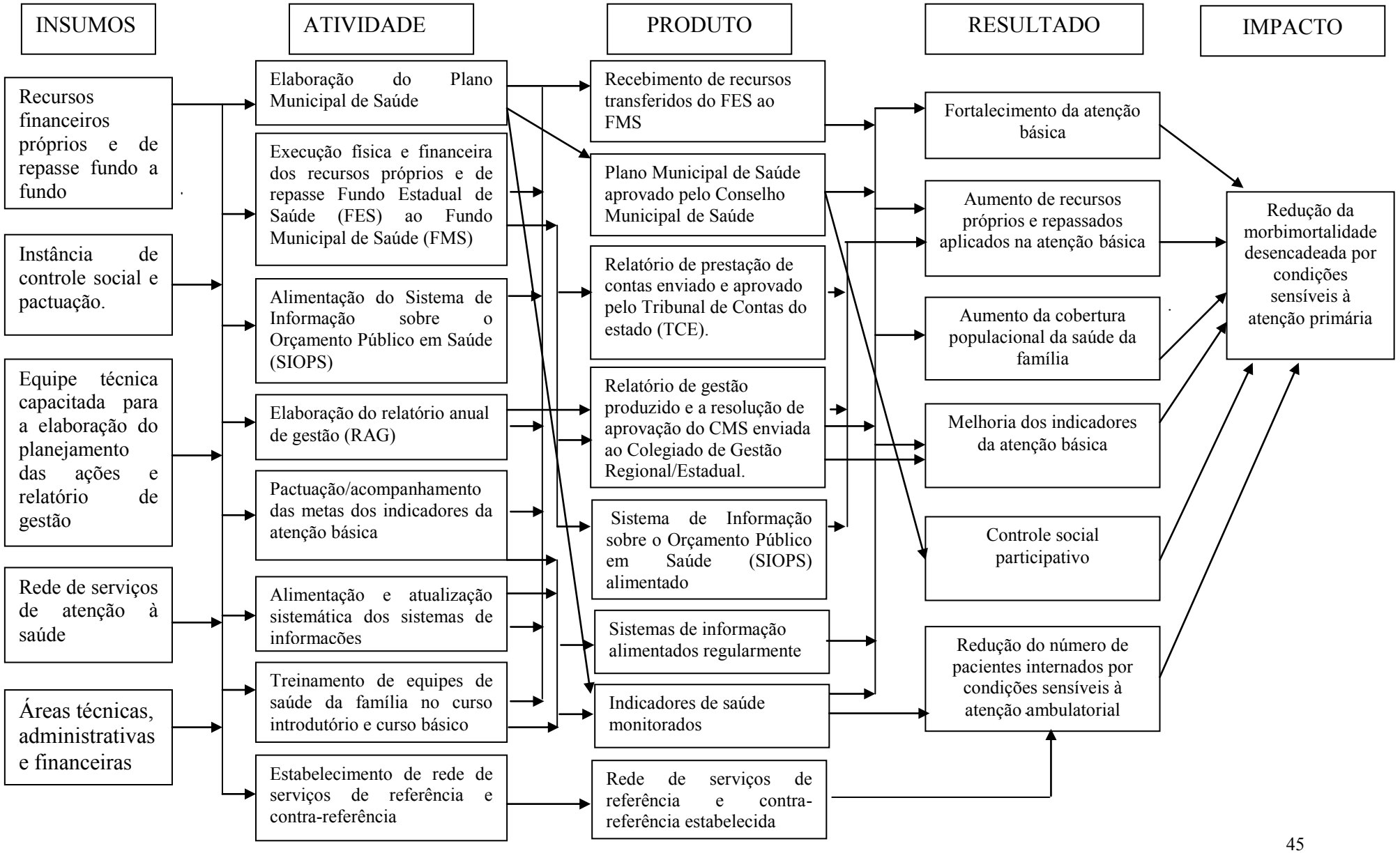
Para efeito de cálculo de cobertura populacional é considerado que cada equipe possui em sua área adstrita e apresenta sob sua responsabilidade uma população média de 4000 habitantes.

O município ao aderir o programa deve: cumprir as metas para melhoria dos indicadores de saúde da atenção básica (estabelecidas em portaria estadual complementar); implementar e manter a regularidade do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB); garantir a locação dos recursos para a implementação do PSF; treinar os profissionais das ESF no curso introdutório e curso básico e oportunizar os membros do CMS a condição de validar o funcionamento das ESF.

Salienta-se que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde para que possa produzir impacto positivo nos indicadores de morbi-mortalidade.

É relevante também enfatizar a importância do CMS na formulação de diretrizes e estratégias gerais para os processos de planejamento, estabelecimento de metas, financiamento, orçamento e execução orçamentária, assim como, acompanhamento e avaliação do processo de execução dos planos, orçamento e do cumprimento de metas pelos gestores, em função dos resultados e do impacto na saúde da população (MS, 2004).

Figura 2 - Modelo Lógico do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT



A Portaria 106 não especificava quais indicadores de saúde da atenção básica deveriam ser considerados para acompanhamento do repasse do incentivo. Mais recentemente, a Coordenadoria responsável por este acompanhamento utilizou o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, o qual reflete o acesso aos serviços e a qualidade da atenção primária à saúde. As ISAP são um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde, nessa instância de atenção, pressupondo que as pessoas internadas não receberam atenção de saúde efetiva em momento oportuno, levando a um agravamento de sua condição clínica, exigindo a hospitalização (NEDEL et al., 2008). O Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família, ao propiciar coberturas adequadas e melhores condições de trabalho às ESF, melhoraria este indicador, já que vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Por se tratar de um conjunto de doenças, o MS publicou a Portaria 221/2008 (MS, 2008b), onde define a lista brasileira de internações por CSAA, por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças/CID-10. Estando os grupos assim definidos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; gastrenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes mellitus; epilepsias; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Diante da abrangência de doenças relacionadas como condições sensíveis foram selecionadas como traçadoras aquelas para as quais existem ações programáticas no município. Assim, chegou-se às doenças diarréicas agudas, às infecções respiratórias agudas, complicações por diabetes mellitus e aos acidentes vasculares cerebrais.

Nesta perspectiva, pretendeu-se com este estudo avaliar o cumprimento dos critérios estabelecidos para o repasse do recurso, o envolvimento do gestor municipal nos gastos e os fatores que interferiram na execução financeira. Além disso, verificar em que medida a alocação de recursos advindos dos incentivos financeiros tem sido suficiente para modificar o padrão de desigualdade no acesso aos bens e serviços de saúde, considerando a heterogeneidade e desigualdade social e econômica existente no município e sua influência na implantação do programa.

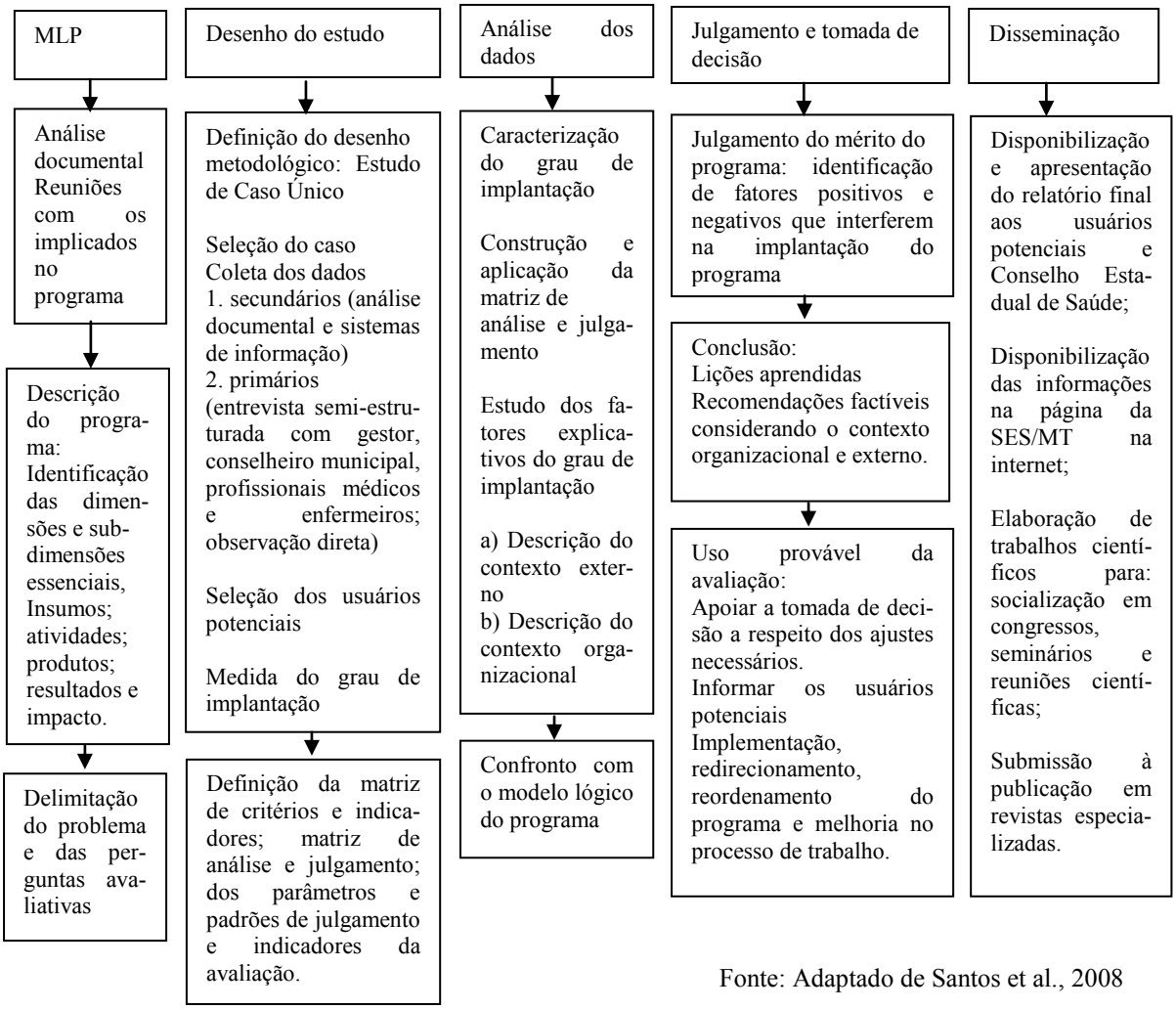
3.1.2 Modelo Teórico da Avaliação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT

A abordagem metodológica selecionada para este estudo foi a pesquisa sintética na qual se pretendeu realizar uma avaliação de estrutura e processo com propósito avaliativo formativo, para uso no desenvolvimento e melhoria do programa.

Segundo Contandriopoulos et al. (1999) a pesquisa sintética de caso ou estudo de caso é uma boa estratégia para se trabalhar uma unidade de análise.

A metodologia desenvolvida foi a estabelecida no desenho do modelo teórico da avaliação apresentado na figura 3. As atividades previstas no planejamento e na execução da avaliação encontram-se sintetizadas e envolvem os seguintes passos: modelo lógico do programa; desenho do estudo; análise de dados; julgamento e tomada de decisão e disseminação.

Figura 3 - Modelo Teórico da Avaliação



Fonte: Adaptado de Santos et al., 2008

3.1.3 Avaliação: Desenho do Estudo e Estratégia Metodológica

Existem diversos métodos para realizar uma avaliação. No entanto, neste trabalho foi utilizado como estratégia de pesquisa o estudo de caso e como estratégia metodológica o modelo teórico.

O estudo de caso, método particularmente útil para analisar a implantação de uma intervenção, é definido como a investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. Estuda o conjunto das variações intra-sistema, utilizando unidades de análise pequenas, porém com um potencial explicativo importante decorrente da análise descritiva do caso em profundidade. A utilização desta estratégia é apropriada para circunstâncias onde se pretende examinar as relações existentes entre as diferentes variáveis para o entendimento de um fenômeno complexo, quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos ou quando se trabalha com uma problemática contemporânea (DENIS e CHAMPAGNE, 1997; HARTZ et al., 1997).

O estudo de caso único permite a comparação de um modelo teórico bem estruturado com uma realidade empírica e oferece um arcabouço de "generalização lógica", ou seja, as conclusões de uma pesquisa poderão em algum momento servir para explicar um grande número de situações equivalente (PATTON, 1980).

Existem três razões para se adotar o estudo de caso como estratégia de pesquisa: o pesquisador pode fazer o estudo em seu ambiente natural, aprender sobre o estado da arte e gerar teorias a partir da prática; o pesquisador pode responder perguntas do tipo “como” e “por que”, isto é, compreender a natureza e a complexidade dos processos em curso; e é uma forma apropriada para pesquisar problemas sobre os quais poucos estudos prévios tenham sido realizados (BENBASAT, GOLDSTEIN e MEAD, 1987).

De acordo com Yin (2005), os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas. Neste sentido, seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica). São importantes para explicar vínculos causais nas intervenções da vida real que são complexas demais para estratégias experimentais. A estratégia requer o uso de técnicas qualitativas. Da mesma forma, a investigação da implantação e dos contextos organizacionais e externos requer a realização de análises históricas, entrevistas em profundidade e a elaboração de modelos teóricos causais (MINAYO, 2005; HARTZ et al., 1997; HARTZ e VIEIRA da SILVA, 2005).

A validade interna em um estudo de caso depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico. Sendo assim, a validade interna é o grau de

conformidade entre o conjunto de pressupostos do modelo e a realidade empírica observada que permitem fazer um julgamento sobre seu valor explicativo (DENIS e CAHMPAGNE, 1997).

A potência explicativa dos estudos de caso sustenta-se na coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e as variações destas relações no tempo-espaço. Origina-se, portanto, da profundidade da análise do caso e não do número de unidades estudadas (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Um dos motivos da escolha de estudo de caso foi a diversidade de informações quantitativas e qualitativas que este tipo de estudo requer. As abordagens qualitativas e quantitativas melhoram a capacidade do pesquisador de julgar o valor do objeto de avaliação (WORTHEN, SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

Para este estudo, a estratégia de pesquisa se constituiu em um estudo de caso único de análise imbricada em um só nível de atenção, com abordagens qualitativas e quantitativas. O modelo utilizado é do tipo avaliativo, que incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e de processo e promove uma pesquisa avaliativa, privilegiando os componentes da análise de implantação, ou seja, interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados – avaliação do processo (FELISBERTO, 2001; HARTZ e VIEIRA da SILVA, 2005).

Para a apreciação da estrutura o estudo tratou de saber o montante de recursos que o município dispõe para empregar na saúde a fim de atingir os resultados esperados. Ainda dentro deste componente foram consideradas as instâncias de controle social e pactuação (Conselho Municipal de Saúde), a capacidade técnica de gestão e a rede de serviços de saúde. Este tipo de apreciação permite responder se existe uma organização administrativa que favorece a continuidade e a globalidade da intervenção e se os recursos repassados têm viabilizado a oferta de um leque de serviços de atenção básica.

Para orientar a análise do processo buscou-se explicar se os serviços são adequados para atingir os resultados esperados; a autonomia política, administrativa e financeira ou subordinação da gestão como esfera decisória e o mecanismo para a tomada de decisão (participativa, centralizada ou descentralizada) em um contexto político-organizacional.

Para Hartz et al. (1997, p 96):

> *A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a priori, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados*.

Nesta lógica entendeu-se ser necessário um estudo para avaliar a implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT e identificar os determinantes e a influência do grau dessa implantação e do contexto nos efeitos esperados.

Desta forma, para caracterização e sistematização do estudo, foram consideradas três dimensões e definiu-se um conjunto de sub-dimensões, conforme quadro 1.

Quadro 1 - Dimensões do Modelo Teórico de Avaliação

CONTEXTOS	DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	CATEGORIAS
Político-organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde; Execução financeira	Responsabilidade (*accountability*)
	Governabilidade	Autonomia financeira	
	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	
Interno	Conformidade	Disponibilidade	Consonância
		Oportunidade	
		Qualidade técnica	
Externo	Vulnerabilidade social	Condições sócio-econômicas	-

Fonte: Adaptado de Hartz et al., 1997.

Decidiu-se assim que para o contexto político-organizacional seriam trabalhadas as dimensões: autonomia política, administrativa e financeira; a governabilidade e a capacidade técnica-gerencial, para as quais foram estabelecidas quatro sub-dimensões, respectivamente: planejamento das ações de saúde e execução financeira; autonomia financeira e capacidade técnica de gestão, pois possuem aspectos importantes que foram analisados, utilizando-se várias fontes de evidências, considerando a categoria responsabilidade da gestão.

No contexto interno considerou-se para fins de análise, a dimensão conformidade subdividida em três sub-dimensões: disponibilidade, oportunidade e qualidade técnica em consonância com as normas e recomendações estabelecidas pelo MS e SES/MT (manuais, portarias e resoluções).

Pretendeu-se ainda, avaliar o peso do contexto externo à intervenção que influencia, direta ou indiretamente, na implantação do programa e/ou na produção dos efeitos esperados, tais como os fatores sociais e econômicos da região: domicílios com abastecimento de água, domicílios com rede de esgoto, distribuição demográfica (urbana e rural), percentual de pobreza, percentual de baixa escolaridade, taxa de alfabetização e índice de desenvolvimento humano do município.

A avaliação da implantação do programa pede a elaboração de uma matriz de informação que apresente os critérios/indicadores, padrões e relevância que serão utilizados, assim como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Alguns critérios/indicadores e parâmetros selecionados poderão não estar estabelecidos e neste caso a estratégia será a construção através de consensos (MEDINA et al., 2005).

Os padrões podem ser de distintos graus, desde os mínimos indispensáveis até os mais sofisticados e elaborados, considerando um nível avançado de qualidade. Esses são estabelecidos em bases técnicas e científicas a partir da literatura ou por consenso entre especialistas (CAMPOS, 2005).

Donabedian (1990) ressalta que sem indicadores nenhum processo avaliativo seria possível. Não raro, maior ênfase é dada às possíveis dificuldades em construir parâmetros avaliativos, principalmente quando se quer dar prioridade à qualidade da atenção do que ao esforço real de elaboração dos mesmos.

Quando são considerados níveis mais profundos das relações sociais, nem todas as suas dimensões podem ser mensuráveis por meio de números e variáveis. Dessa forma, o indicador pode ser compreendido como uma aproximação ou reflexo indireto do fenômeno, nem sempre passível de quantificação (MINAYO, 1992).

No contexto da avaliação de programas precisa ser considerada a mensuração da adequação da infra-estrutura e da efetividade dos processos. A partir destas exigências, fez-se necessária a construção de um sistema de escores para se estimar o grau de implantação.

As dimensões e sub-dimensões estão detalhadas e classificadas em matrizes (Quadro 2 e 3) por critérios ou indicadores, fontes, padrões e análise e julgamento que foram adotados como base de levantamento para a construção da matriz de relevância e pontuação pelos especialistas (Anexos 1, 2, 3 e 4).

Os critérios e indicadores foram definidos pela pesquisadora com base no modelo lógico do programa e submetidos à validação de profissionais experientes. Tais profissionais foram orientados que poderiam contribuir com outros indicadores e/ou subtraí-los quando considerado irrelevantes. As sugestões quando pertinentes foram acatadas e incluídas na matriz.

Para a definição dos profissionais participantes desse processo, levou-se em consideração a área de atuação/pesquisa e experiências acumuladas. Assim, foram convidados: um representante da academia (Universidade Federal de Mato Grosso); um representante da Escola de Saúde Pública da SES/MT e um representante do serviço (Coordenação da Atenção Primária – SES/MT).

Quadro 2 - Matriz de informação dos contextos político-organizacional e externo

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Fonte					Padrão	Relevância			Análise e julgamento		
				1	2	3	4	5		R	RR	RRR	PM	PO	**GI**
Contexto político-organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde	Prática de planejamento situacional local de saúde	X		X	X								
			Planejamento é regular e utilizado como instrumento de gestão	X		X	X								
			Realização de conferências municipais de saúde regulares e suas propostas contempladas no PMS	X	X		X								
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico, agenda de prioridades e proposições da conferência municipal de saúde e executado conforme planejado.	X			X								
			Atenção básica é explicitada como prioridade no PMS	X	X	X	X								
			No PMS há coerência entre problemas priorizados e ações propostas				X								
			Participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS		X		X								
			Pactuação/acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica	X		X	X								
			Relatório de Gestão elaborado anualmente e a resolução de aprovação do CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.				X								
			Inclusão de discussão e aprovação do relatório de gestão em ata do CMS				X								
			Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão			X									
		Execução financeira	Recurso orçamentário e financeiro garantido para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOA)* conforme PMS	X			X								
			% orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%) ([1])				X								
			Transferências de recursos exclusivamente municipais para o FMS				X								
			Gastos per capita em R$ com saúde ≥ R$ 150,00 ([1])				X								
			Transferências de recursos estaduais para o FMS				X								
			Transferências de recursos da União para o FMS				X								
			Transferências de recursos da união para a atenção básica				X								
			Transferências de recursos estaduais para a atenção básica				X								
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município				X								
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pela União ao município				X								

	Governabilidade	Autonomia financeira	Secretária com autonomia para utilização dos recursos municipais	x												
			Secretária com participação na gestão do recurso da saúde	x												
			SMS com comissão para realizar processos licitatórios	x			x									
			Existência de um profissional responsável pela parte financeira do FMS	x												
			SIOPS alimentado e atualizado				x									
			Prestação de contas no Tribunal de Contas do Estado realizado anualmente				x									
			Inclusão de prestação de contas dos gastos em ata do Conselho Municipal de Saúde;				x									
	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	Experiência acumulado pelo dirigente	x												
			Formação na área de saúde coletiva do dirigente	x												
			Concepção do gestor de um sistema de saúde local universal e de qualidade	x												
			Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde e explicitada no discurso dos entrevistados	x			x									
			Profissionais contratados (concurso, tempo determinado)			x	x									
			Profissionais qualificados em sua área de atuação por categoria profissional.			x	x									
Contexto externo	Vulnerabilidade social	Condições sócio-Econômicas	População atendida com energia elétrica				x									
			Domicílios com abastecimento de água				x									
			Domicílios com esgotamento sanitário				x									
			Domicílios com destino adequados do lixo				x									
			Distribuição demográfica (urbana e rural)				x									
			Percentual de famílias vivendo com até ½ sm renda mensal per capita				x									
			Percentual de Baixa Escolaridade (% pessoas > 15 anos com até 3 anos de escolaridade)				x									
			Índice de Desenvolvimento Humano				x									

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; PM: Pontuação Máxima; PO: Pontuação Observada; GI: Grau de Implantação; (1) Entrevista Gestor; (2) Entrevista com representante do CMS; (3) Entrevista com profissionais médicos e enfermeiros; (4) análise documental; (5) Observação in loco; (*) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)([1]) Vieira da Silva et al., 2007.

Quadro 3 - Matriz de informação do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Fonte					Padrão	Relevância			Análise e Julgamento		
				1	2	3	4	5		R	RR	RRR	PM	PO	GI
Contexto interno	Conformidade	Disponibilidade	% de cobertura de equipes de saúde da família existente;				X								
			Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS;			X	X								
			Dispor de estrutura física adequada para as equipes de SF (UBS)			X	X								
			Fornecer equipamentos básicos necessários	X		X	X	X							
			Fornecer insumos básicos necessários	X		X	X	X							
			Fornecer medicamentos básicos	X		X	X	X							
			Garantir sistemas de informação implantados e funcionando	X			X	X							
			Garantir transporte para as equipes de Saúde da Família			X		X							
			Existência de apoio diagnóstico e terapêutico de referência;	X		X									
			Existência de referência para consultas especializadas	X		X									
			Existência de referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas	X		X									
			Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão no nível local	X		X									
			Existência de planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica e M&A dos indicadores da AB			X	X								

	Conformidade	Oportunidade	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS em tempo oportuno;	x		x										
			Existência de estrutura física disponível de forma oportuna;			x		x								
			Equipamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna			x		x								
			Insumos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna			x		x								
			Medicamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna			x		x								
			Veículo para transporte da ESF (próprio, cedido ou contratado) disponível de forma oportuna.			x		x								
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência disponível em tempo oportuno			x										
			Referência para consultas especializadas disponível em tempo oportuno			x										
			Referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas disponível em tempo oportuno			x										
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica realizado em tempo oportuno para a execução.			x		x								
	Conformidade	Qualidade técnica	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS conforme metodologia preconizada;					x								
			Estrutura física construída atendendo as normas técnicas				x									
			Equipamentos básicos atendendo as normas técnicas				x									
			Insumos básicos atendendo as normas técnicas				x									
			Medicamentos básicos atendendo as normas técnicas				x									
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência oferecido atendendo as normas técnicas estabelecidas				x									
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores e programação de ações a partir do diagnóstico de saúde da área.				x									

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; PM: Pontuação Máxima; PO: Pontuação Observada; GI: Grau de Implantação; (1) Entrevista Gestor; (2) Entrevista com representante do CMS; (3) Entrevista com profissionais médicos e enfermeiros; (4) análise documental; (5) Observação in loco.

Para apreensão dos objetivos propostos e considerando que desde 2005 todos os municípios do estado aderiram à saúde da família e recebem os incentivos financeiros, foram definidos alguns critérios para a seleção do município de estudo: a) adesão precoce ao Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Âmbito do SUS/MT; b) ter recebido o incentivo financeiro através de repasse fundo a fundo de 2003 a 2008, período estipulado para análise de dados; c) cobertura do PSF acima de 90%, em 2008; d) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2000 dentro do 1º quintil (entre os 25 menores de 125 municípios do estado, daquele ano); e) população menor que 50 mil habitantes; f) alimentação regular do SIOPS; g) localização próxima à capital; h) apresentar dados recentes de programação e execução. Em virtude desses critérios e do tempo para a execução da pesquisa, foi selecionado Poconé como município de estudo.

A proposta desta pesquisa caracteriza-se como uma "avaliação formativa" ou "avaliação para o aprimoramento", uma abordagem da avaliação que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos, especialmente a partir da perspectiva daqueles que estão diretamente implicados no programa. Neste sentido, o envolvimento dos usuários potenciais aumenta a relevância, a compreensão e a autoria da avaliação, tornando-a útil e de alta qualidade (PATTON, 1997). Além disso, a participação dos implicados no programa proporciona elementos capazes de retirar o avaliador da posição solitária de único agente valorativo.

Nesta perspectiva, na fase exploratória da pesquisa, foram consultados, previamente, representantes do Secretário Estadual de Saúde: Superintendente da Assistência à Saúde (SUAS), COAP e Gerente da Estratégia Saúde da Família (GESF). Além destes, foi contatado o gestor municipal para apresentar a proposta de investigação, solicitar permissão para realização da mesma, assim como, para a utilização dos documentos existentes e necessários (Anexo 5). Foi também realizada uma visita ao município objetivando uma aproximação e coleta de informações pertinentes à elaboração da pesquisa. O conhecimento do serviço local possibilitou a identificação dos "*stakeholders*" e o preenchimento (inclusão ou exclusão) do quadro 4.

Os interessados foram envolvidos na pesquisa a fim de garantir a compreensão das expectativas da mesma, dado que a avaliação pode não abordar elementos importantes de um programa (objetivos, operações e resultados) quando os interessados não são participantes (CDC, 1999). Foram convidados a participar da pesquisa também com o intuito de esclarecer os usos pretendidos da avaliação e desenvolver o compromisso de implementar as recomendações da avaliação, pois quanto maior o envolvimento maiores são as possibilidade de utilização dos achados.

Quadro 4 - Usuários potenciais da avaliação do programa

Atores	Interesse na avaliação	Responsabilidade na avaliação	Papel na utilização dos achados
Secretário Estadual de Saúde	Uso no desenvolvimento e melhoria do programa	Viabilização financeira, estrutural e logística da execução	Viabilização política para as possíveis correções e utilização dos achados
SUAS, COAP e GESF	Uso no desenvolvimento e melhoria do programa	Fornecimento de dados Viabilidade técnica, operacional e financeira	Implementação, redirecionamento, reordenamento do programa
Gestor municipal	Uso no desenvolvimento e melhoria do programa Melhoria na qualidade do atendimento das ESF	Fornecimento de dados Viabilidade técnica-operacional	Implementação, redirecionamento, reordenamento do programa
Presidente ou representante do CMS	Acompanhamento da execução do programa e melhoria do programa	Fornecimento de dados e informações	Implementação, redirecionamento, reordenamento do programa
Responsável técnico da área financeira	Uso no desenvolvimento e melhoria do programa	Fornecimento de dados e informações	Implementação, redirecionamento, reordenamento do programa e melhoria no processo de trabalho
Enfermeiros e médicos das equipes de saúde da família	Melhoria na qualidade do atendimento das ESF	Fornecimento de dados e informações	Implementação, redirecionamento, reordenamento do programa e melhoria no processo de trabalho

Os dados – quantitativos e qualitativos - foram coletados de forma sistematizada, a fim de responder aos objetivos específicos propostos. A estratégia adotada de mensuração contemplou critérios e indicadores que estão relacionados às características do programa, incluindo os presumidos fatores contextuais que interagem na sua implantação.

Para comparar o programa executado com padrões preestabelecidos e proceder ao julgamento de mérito foram elaboradas matrizes de critérios/indicadores integradas: matriz de relevância, submetida a *experts* (Anexos 1 e 2), a matriz de pontuação e comparação (Anexos 3 e 4), a matriz de análise (Anexo 6 e 7) e a matriz de julgamento, apresentada nos resultados.

O critério para a determinação do padrão da autonomia política foi o cumprimento de todas as determinações legais e normativas do SUS pelo gestor municipal de saúde e pelo CMS, com destaque às questões relacionadas ao previsto nas Portarias 026/2001 e 106/2003 para o recebimento dos recursos financeiro.

A autonomia política foi verificada, também, através de entrevista semi-estruturada com os representantes legais da SMS e do CMS, o gestor municipal de saúde e o representante do CMS, e reafirmada em entrevista com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família).

Na autonomia financeira, aqui entendida como a capacidade de investimento de recursos financeiros provenientes das transferências fundo a fundo do SUS e das

receitas fiscais do município, foi analisado o envolvimento do gestor municipal nos gastos dos recursos no desenvolvimento das ações de atenção básica (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde).

Para descrever e analisar a situação financeira do município de Poconé neste estudo foram utilizados dados e indicadores do SIOPS, complementados por informações constantes no Fundo Nacional de Saúde (FNS) e no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFMT), disponibilizadas pela SES/MT, Coordenadoria Financeira, sobre os recursos transferidos pela União e Estado, respectivamente. Além disso, foram verificadas as informações existentes na Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e Lei Municipal 1.461/2008 que estima a receita e fixa a despesa do município de Poconé/MT para o exercício financeiro de 2008, também denominada Lei Orçamentária Anual (LOA).

Na análise da autonomia administrativa, foram abordadas questões relacionadas à estrutura da rede pública de saúde (número de unidades básicas de saúde/saúde da família) e da capacidade instalada destas unidades (estrutura física, recursos humanos segundo categorias profissionais, insumos básicos, equipamentos etc.); identificação dos fatores da estrutura organizacional que facilitam ou dificultam a integração das atividades nos serviços básicos de saúde e a organização das ESF.

As informações sobre a organização, funcionamento da rede de serviços, estrutura física e suporte logístico - drogas, transportes, sistema de informação - foram compiladas da COAP. A coordenadoria fez este levantamento mediante instrumento de monitoramento das equipes de saúde da família e de unidades de atenção primária, complementadas por observação direta. (SES, 2009).

A avaliação da organização da rede de serviço foi realizada através da análise da documentação fornecida pela SMS: Plano Municipal de Saúde (PMS), organograma, relatório final da Conferência Municipal de Saúde (2003 e 2007), ata das reuniões do CMS (2008), RAG (2008) e as leis (cria o CMS, FMS, Pronto Atendimento Médico (PAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Farmácia Central) e as leis de criação da estrutura administrativa municipal (1435 e 768) e a Lei Orgânica Municipal. Além de consulta ao site da prefeitura <http://www.poconet.com. br>.

Os dados secundários foram levantados nos sistemas de informações (SIOPS, SIAB, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), SISPACTO, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e SIAFMT), que subsidiaram: a análise do cumprimento dos critérios e normas estabelecidas; as estratégias e metas estabelecidas

para enfrentamento dos problemas; a análise dos indicadores da atenção básica pactuados e a análise do perfil sócio e econômico do município.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados primários, um para cada informante-chave definido acima (Anexos 8, 9 e 10). A coleta consistiu de entrevista semi-estruturada com 15 usuários potenciais (gestor, representante legal do CMS, médicos e enfermeiros das ESF). A amostra dos informantes foi intencional, no sentido da escolha de atores considerados estratégicos na implantação do PSF.

As entrevistas foram realizadas individualmente, pelo próprio pesquisador, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 11 e 12). Utilizou-se de um instrumento pré-estabelecido para a entrevista, que foi registrada em gravador digital (quando autorizado). Dos 15 informantes, dois deles, por solicitação ou por dificuldade de acesso, forneceram as informações após auto-preenchimento do instrumento. Os dados foram coletados no cotidiano da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de modo a interferir o mínimo possível na rotina dos serviços desenvolvidos. A entrevista com o gestor foi realizada na sede do ERS da Baixada Cuiabana em Cuiabá e a do vice-presidente do conselho em seu local de trabalho, a pedido do mesmo.

As informações prestadas foram analisadas segundo categorias pré-definidas e agregadas (gestores, representante do CMS, trabalhadores), sem identificação nominal, de forma a não comprometer os participantes. Entretanto, considerando a especificidade de alguns cargos, existe um risco de identificação e os entrevistados foram informados dessa possibilidade. Além disso, foi solicitada autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrita. Diante disso, os entrevistados receberam codificações, segundo aquelas categorias: E1, E2 e E3.

As questões relativas à autonomia política, financeira e administrativa foram levantadas mediante entrevista com a secretária municipal de saúde e com o representante do CMS.

As informações sobre a autonomia gerencial administrativa, complementadas com elementos sobre a autonomia política e financeira da SMS, foram originadas de entrevista aplicada aos enfermeiros e médicos da equipe de saúde da família.

Para subsidiar a avaliação das autonomias, também expressas pelo envolvimento do CMS com a política de saúde, foram utilizadas informações contidas nas atas das reuniões do referido conselho. Assim, foram analisadas atas de reuniões realizadas durante o ano de 2008. Para a melhor sistematização dos conteúdos das atas, foi elaborado um roteiro de coleta de dados obedecendo aos componentes do MLP (Anexo 11). Cabe ainda ressaltar que houve a necessidade de buscar informações em atas de

outros anos, assim como atas de reuniões do Colegiado de Gestão Regional da Baixada Cuiabana.

Ao conjunto de critérios e indicadores, definido previamente pelo pesquisador (Quadros 2 e 3), foram atribuídos pontos por alguns pesquisadores e técnicos, considerados especialistas no assunto, no âmbito estadual. Para cada critério ou indicador definido, os participantes atribuíram pontos de um a dez e estabeleceram a sua relevância em: pouco relevante (R); relevante (RR) e muito relevante (RRR), que para efeito de cálculo foram valorados em 1, 2 e 3, respectivamente.

Os especialistas foram convidados a participar e as planilhas (Anexos 1 e 2) foram encaminhadas por meio eletrônico, juntamente com os esclarecimentos necessários para o preenchimento das mesmas. Após a devolução, os dados foram compilados e transformados em uma base única de relevância e pontuação, a partir da qual foi obtida a pontuação máxima esperada, multiplicando-se o valor da relevância média com a média da pontuação por critério (Anexo 3 e 4). Os referidos pontos permitiram o cálculo da pontuação esperada para diferentes dimensões e sub-dimensões utilizadas na matriz de análise.

Para a construção da matriz de análise (Anexos 6 e 7) foi necessário o levantamento dos dados secundários e primários. Os secundários foram obtidos através de análise documental e os primários levantados no município. Após isso, todos os dados foram digitados e consolidados dando origem à base de evidência. A partir desta base foi calculada a pontuação observada de cada critério. Em seguida, foram somadas a pontuação observada de cada critério, por sub-dimensão e dimensão. Assim, com o total de pontos observados e esperados, calculou-se a porcentagem da sub-dimensão e dimensão.

Sendo $\sum_{i=1}^{n} \frac{Y(O)}{Y(E)} x100$ onde:

Y(O): é a pontuação observada da dimensão;

Y(E): é a pontuação esperado de cada dimensão.

De posse da percentagem, foi obtida a classificação do grau de implantação do programa considerando as categorias: implantado, parcialmente implantado, incipiente e não implantado. Para isto, definiu-se um parâmetro para julgamento.

Para a conclusão acerca do grau de implantação foi utilizada a seguinte classificação do escore final:

Classificação	Escore final (%)
Implantado	≥75
Parcialmente implantado	50 a 74
Incipiente	25 a 49
Não implantado	≤ 25

Fonte: Adaptado de FERREIRA e VIEIRA da SILVA, 2005.

Na análise das entrevistas do gestor, do representante do CMS e dos profissionais de saúde (médicos e/ou enfermeiros) as questões qualitativas foram analisadas de modo a complementar e contribuir para o enriquecimento da análise dos dados quantitativos. As opiniões dos atores-chaves permitiram definir marcadores e alguns critérios de avaliação. Para alguns critérios os trechos das falas relacionados ao componente da implantação foram agrupados em unidades de registros.

O ordenamento do material empírico coletado possibilitou a identificação de convergências e divergências entre os diversos discursos dos atores envolvidos e as bases de evidências retiradas dos documentos analisados.

Minayo (1992) corrobora a proposição de que a grande vantagem da utilização de metodologias qualitativas para a avaliação é a possibilidade de compreensão aprofundada do fenômeno, capaz de refleti-lo em suas múltiplas dimensões, em detrimento das generalizações.

Atendendo aos preceitos éticos, o estudo foi submetido e recebeu a anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ conforme parecer nº135/09.

Com base nos princípios da Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça, que se constituem a base da bioética foi enviada Carta ao gestor municipal solicitando a concordância da pesquisa (Anexo 5) e empregado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos do estudo (Anexos 12 e 13).

Como o estudo tem o propósito de emitir julgamento de valor e, considerando os diferentes interesses envolvidos, procurou-se valorizar a objetividade e a neutralidade, tomando-se uma postura ética para garantir igual tratamento para as questões e reivindicações levantadas durante a pesquisa. Além disso, propôs-se que os achados da avaliação serão divulgados das seguintes formas: 1) disponibilização e apresentação do relatório final aos usuários potenciais (Quadro 4) e ao Conselho Estadual de Saúde (CES); 2) disponibilização das informações na página da SES/MT na internet; 3) elaboração de trabalhos científicos para: socialização em congressos, seminários e reuniões científicas e submissão à publicação em revistas especializadas. O material

coletado e demais documentos recomendados pelo CEP serão armazenados pela pesquisadora por um período de 5 anos, atendendo ao preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

Os resultados da presente avaliação estão apresentados em quatro etapas: a) a caracterização do município de Poconé e sua rede de serviços de saúde em termos de estrutura e organização; b) a caracterização da intervenção, que neste estudo trata-se do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito municipal; c) a caracterização da autonomia, da governabilidade e da capacidade técnico-gerencial, relativas ao planejamento e gestão dos recursos e; d) a avaliação do grau de implantação da intervenção, considerando os contextos político-organizacional e externo.

A construção dos resultados está também permeada pela percepção dos atores chave da saúde municipal em relação à autonomia política, financeira e administrativa.

4.1 Aspectos Demográfico, Sócio-econômico e Sanitário do Município

A origem de Poconé remonta ao ano de 1777, com a descoberta de veios auríferos aluvionais. O primeiro nome do lugar foi Beripoconé, em referência ao antigo povo indígena que habitava a região. Em 1781, o mestre de campo Antonio José Pinto de Figueiredo, grande herói da guerra do Paraguai, a mando do então Governador da Província de Mato Grosso, Capitão-General Luíz de Albuquerque de Mello Pereira e Cáceres, lavrou a Ata de fundação do Arraial de São Pedro d'El Rey. O termo "Beripoconé", não permaneceu, pois contrariava a hierarquia da realeza e o poder político-econômico-social (FERREIRA, 2001; http://www.poconet. com.br).

A Resolução Régia de 1811 propiciou a elevação do arraial de São Pedro d'El Rey à categoria de distrito, como território jurisdicionado ao município de Cuiabá e, através do Decreto-Lei Provincial do governo regencial, de 1831, foi criado o município, com a denominação de Villa de Poconé, voltando o nome antigo, pouco modificado. Neste decreto, ocorreu pela primeira vez a designação de limites em ato de criação de município em MT. Porém, continuou pertencendo à comarca cuiabana até 1840. Em 1863, através da Lei Provincial 01, Poconé recebeu foros de cidade (FERREIRA, 2001; http://www.poconet.com.br).

Após a consolidação da República, o município teve um total de 12 Intendentes e somente a partir de 1946 a administração municipal passou a contar com o cargo de prefeito, vice-prefeito e Câmara Municipal de vereadores (FERREIRA, 2001).

Poconé, município da região metropolitana do Vale do Rio Cuiabá, conta com uma população estimada para o ano de 2008 de 32.059 pessoas (IBGE, 2009), 71,6% residentes na zona urbana e 28,4% na zona rural; e uma taxa de crescimento populacional estimada em 0,8% ao ano para o período de 2006 a 2009 (IBGE, 2008).

O município possui área total de 17.260,861 Km², representando 1,9% do estado, 1,0% da Região Centro-Oeste e 0,2% de todo território brasileiro. A porção deste que sofre influência do pulso de inundação da planície pantaneira é de 14.007 Km² (81,1%) e o restante da área é composta por vegetação de cerrado. Faz limites com os municípios de Nossa Senhora do Livramento, Barão de Melgaço, Cáceres, e o estado de Mato Grosso do Sul (FERREIRA, 2001).

Figura 4 - Mapa de localização do município de Poconé - MT

Fonte: http://www.mundi.com.br/Wiki-Pocone-2713182.html

O município conta com 14 bairros, 5 vilas, 2 distritos (Cangas e Nossa Senhora Aparecida do Chumbo), 72 comunidades (Zona Rural) e 11 Assentamentos (POCONÉ, 2010).

A pecuária intensiva é praticada tradicionalmente na região pantaneira, aproveitando-se as pastagens nativas. O turismo ecológico traz divisas ao município, principalmente através da rodovia transpantaneira, onde proliferam pousadas, hotéis e é grande o tráfego de veículos, com muitos turistas, em geral estrangeiros, que apreciam a flora e a fauna poconeana. A agricultura é de subsistência e destaca-se o extrativismo mineral (POCONÉ, 2010).

O IDH do município, em 1991, era de 0,629, passando em 2000 para 0,679, classificando-se entre os 10 piores do estado, o qual apresentou naqueles anos IDH de 0,685 e de 0,773, respectivamente, próximos ao do Brasil, de 0,696 e 0,766, considerados de médio desenvolvimento humano, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (ADH). O IDH considerado ideal deve estar acima de 0,8 (PNUD, 2000). O principal condicionante para o baixo índice identificado em Poconé, segundo Spinelli, Silva e Duarte (2008) foi a precária condição sócio-sanitária.

O percentual de famílias vivendo com até ½ salário mínimo de renda mensal per capita girava em torno de 37,7% (IBGE/2000), bem superior ao do Brasil (21,9%) e do Mato Grosso (19,0%). O ADH brasileiro mostra que Poconé encontrava-se entre as cidades com elevação no percentual de pobreza de 45,9% em1991 para 56,1% em 2000, representando um aumento de 22,2% (http://www.pnud. org.br/noticias/impressao.php?id01=1791).

O município de Poconé caracteriza-se como de pequeno porte, dispõe de escolas que oferecem ensino da pré-escola ao superior. Entre urbanas e rurais, conta com 59 escolas de ensino fundamental e médio, sendo 46 municipais (39 escolas multiseriadas e sete regulares), dez estaduais e três particulares. O ensino médio é oferecido por quatro escolas estaduais e uma particular e o ensino superior por uma universidade estadual, uma federal e duas particulares, segundo informações fornecidas pela secretaria municipal de educação.

Apesar dessa rede de ensino, segundo censo do IBGE (2000) a população do município, maior que 15 anos, com 0 a 3 anos de estudo encontrava-se em torno de 34,4%, enquanto no Brasil e em Mato Grosso tal percentual era de 27,8% e 28,5%, respectivamente. Percentual considerado alto e determinante na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008).

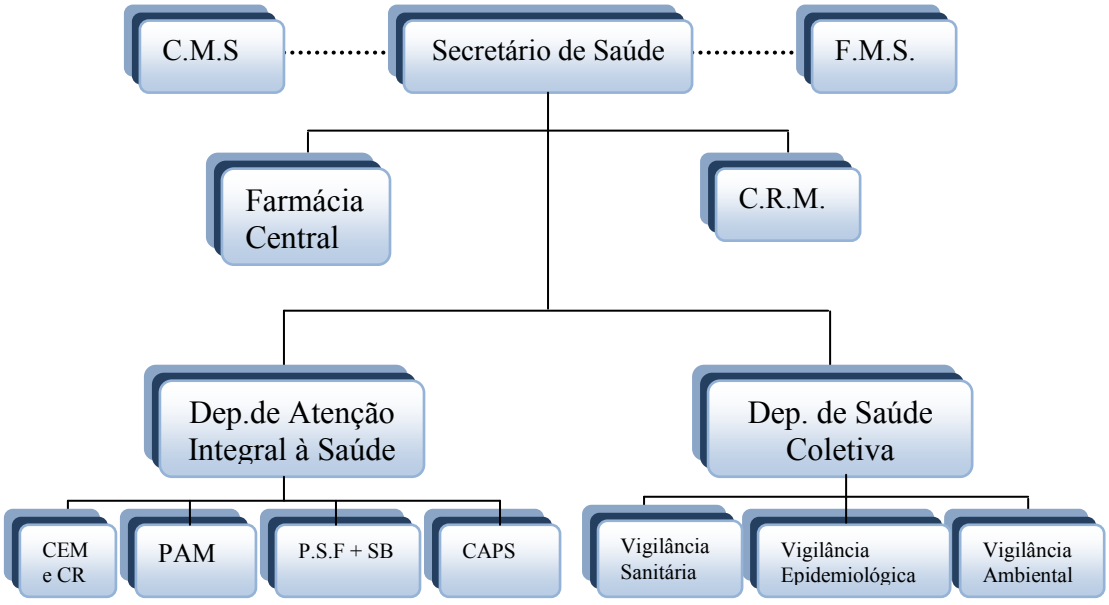
De acordo com o SIAB/2008, o percentual de famílias cadastradas atendida com energia elétrica era de 85,8%, percentual satisfatório quando se considera que 71,6% da população que vive na zona urbana. O mesmo pode-se ponderar sobre o abastecimento de água: 67,8% das famílias eram servidas por água tratada (rede pública), fornecida pelo Departamento de Água e Esgoto (DAE); 29,7% por poço ou nascente; e 2,5% por outros tipos de abastecimento. Acerca do esgotamento sanitário, a grande maioria dos domicílios (85,4%) conta com fossa séptica e 13,4% da população utilizam céu aberto. Apenas 1,2% contam com o sistema de coleta por rede de esgoto. Ainda que 64,0% das famílias sejam atendidas por serviços de coleta de lixo nas residências e comércios, pela prefeitura, em dias alternados, o lixo recolhido é depositado em terreno baldio. O lixo é queimado ou enterrado por 31,3% da população, e 4,7% joga seu lixo a céu aberto (SIAB, 2008).

4.1.1 Rede de Serviços de Saúde: estrutura e organização

A SMS foi criada através da Lei 768/89 e redefinida pela administração pública sob Lei Municipal 1340/2005. De acordo com o organograma oficial (anexo a lei) está assim estabelecida: Secretaria de Saúde (SESA) com dois Departamentos (Saúde Coletiva - DESC e Atenção Integral à Saúde - DEAIS). A SMS é gerida por uma secretária indicada pelo poder executivo, assim como seus departamentos de saúde. A indicação do gestor municipal de saúde, no cargo há aproximadamente cinco anos, perpassando duas gestões distintas da prefeitura, não foi político-partidária, mas pela experiência do profissional.

A secretaria não possui uma estrutura organizacional formal regulamentada, porém a partir dos DEAIS e do DESC, os serviços estão subdivididos e funcionando conforme figura 5.

Figura 5 - Organograma da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde do município de Poconé – MT



Fonte: Construído a partir de informações obtidas na SMS/Poconé

Poconé dispõe de uma rede pública de serviços de saúde composta de um PAM, mantido com recursos municipais e que funciona 24 horas, sete Unidades de Saúde da Família (onde atuam 8 ESF e 8 ESB), um CAPS, uma Central de Especialidades Médicas (CEM) e um Centro de Reabilitação (CR), uma Farmácia Central e uma Central de Regulação Municipal (CRM). O hospital existente é filantrópico, vinculado ao SUS estadual mediante convênio.

O CEM oferece consultas especializadas nas áreas de clínica geral; ortopedia; neurologia; cirurgia geral; gineco-obstetra; cardiologia; pediatria; psiquiatria; nutrição e

psicologia. Há também um centro de reabilitação prestando atendimento de fonoaudiologia e fisioterapia.

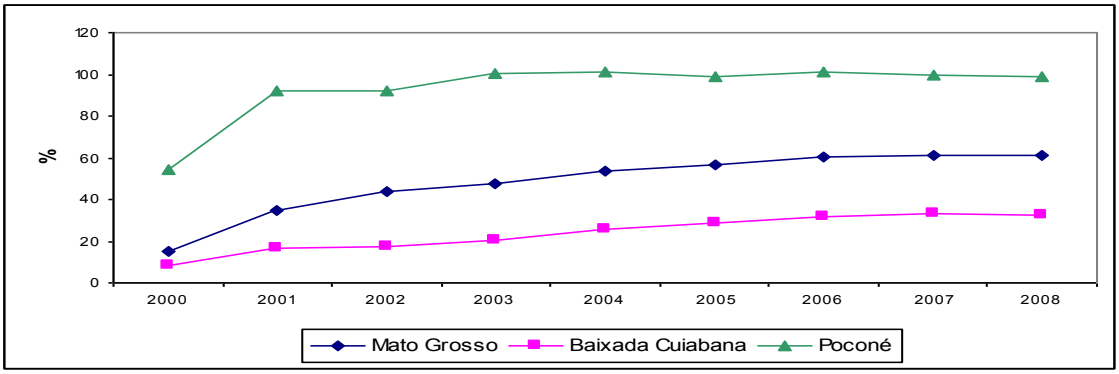
O hospital filantrópico é gerenciado pela Sociedade Beneficência Poconeana. A estrutura é pública, cedida pelo governo do estado através de comodato. Possui um total de 66 leitos (2,0 por 1000 hab.), dos quais 60 são conveniados com o SUS estadual (1,8 por 1000 hab.). Em Mato Grosso, a média de leitos ofertados pelo SUS em 2009 foi de 2,4 por 1.000 habitantes, enquanto o parâmetro nacional é de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes. São oferecidos neste hospital atendimentos nas clínicas cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica, entre outras especialidades, com uma relação de médicos cadastrados de 1,1 por 1.000 habitantes (CNES, 2009), sendo que a razão estabelecida é de 1/1000 habitantes (MS, 2002).

Foi instalada em 2009 uma CRM, responsável, a princípio, por garantir serviços de referência nas especialidades de maior complexidade em Cuiabá. A partir de 2010 a unidade de saúde passou a enviar a solicitação para a central de regulação a qual fica responsável por agendar a consulta ou exame e devolver para a unidade de saúde com a data, hora e local onde será realizada a mesma (E1).

4.2 Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Município de Poconé

O estado aderiu ao programa de agentes comunitários de saúde (PACS) a partir do ano de 1995 com implantação em 10 municípios, mas Poconé só aderiu ao programa em 1997, com 15 ACS e em 1998 implantou as duas primeiras equipes de saúde da família (ESF), passando em 2001 para oito equipes (91,9% de cobertura). A partir de 2003 as coberturas têm se mantido próximas a 100%, mostrando um comportamento bem distinto em relação à regional em que se insere e ao estado, nos quais o aumento da cobertura não foi tão acentuada (Figura 6).

Figura 6 - Proporção da população coberta por equipes de saúde da família no município de Poconé, Baixada Cuiabana e Mato Grosso, 2000-2008



Fonte: SIAB/2009

Das oito equipes de SF que conformam a APS em Poconé, seis cobrem a zona urbana e duas à zona rural, com atendimento médico e de enfermagem, coleta de exame preventivo de câncer, vacinas, controle de gestantes, diabetes, hipertensão entre outros atendimentos. O município dispõe de 70 ACS distribuídos pelas oito equipes.

Além disso, possui oito equipes de Saúde Bucal (6 modalidade I e 2 modalidade II) inseridas nas ESF, desenvolvendo procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, e participando de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais, conforme relatório técnico da Gerencia de Saúde Bucal/SES/MT.

Os profissionais médicos e enfermeiros são contratados por tempo determinado e o prefeito de Poconé, atendendo a Lei Municipal 1411/06 (POCONÉ, 2006) e as normativas supra municipais, deu posse, em outubro de 2009, aos Agentes de Controle de Endemias (ACE) e ACS.

Poconé foi um dos municípios que passou a receber o recurso financeiro do programa de incentivo desde sua implantação, pois já em 2001 apresentava uma boa cobertura e todos os requisitos exigidos para recebimento do incentivo. O Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no município segue os seguintes princípios e diretrizes: consolidação da estratégia saúde da família; cooperação e parceria com a sociedade civil organizada, por meio do CMS, nas ações direcionadas ao acompanhamento e avaliação das ESF, assim como controle social participativo. Porém, não se observou se há apoio aos programas de capacitação de lideranças associativas.

Atendendo ao que determina o Decreto 765, que preceitua os critérios para o recebimento do incentivo, foi verificado que o município vem aplicando os recursos nas atividades de: atenção básica da equipe de ACS e ESF; assistência ambulatorial e hospitalar; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; ações relativas à vigilância à saúde (fiscalização sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e de controle de endemias), conforme declarado no relatório do SIOPS de despesa com saúde por sub-função, informações estas corroboradas pelas entrevistas.

Observou-se também que o município: elabora relatório de gestão anual, aprova-o no CMS, porém não enviou a ata ou resolução ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual, conforme preconizado pela legislação vigente (MS, 2007; 2008a); envia prestação de contas anuais ao TCE. Entretanto constatou-se que não são realizadas pela SES as seguintes ações: monitoramento e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais; monitoramento do

cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção a saúde, entre outras.

O município está vinculado ao SIOPS; pactuou e cumpriu as metas estabelecidas pela SES/MT (Portaria 113/08) para melhoria dos indicadores de saúde da atenção básica para o ano 2008, tendo recebido, inclusive o incentivo pelo alcance de metas previsto pela SES/MT (Anexo 14); implantou e mantém atualizado o SIAB; garante a alocação dos recursos do programa de incentivo para a implementação, entretanto não tem garantido treinamento de ESF no curso introdutório e básico.

Apesar de ter cumprido o que determina a norma referente ao programa de incentivo e de ter elevado e mantido a cobertura de ESF, não foi possível identificar, nos dados secundários consultados, referentes a despesas com saúde (SIOPS), exatamente onde e como foram utilizados os recursos daquele programa específico.

4.2.1 Situação de Saúde do Município de Poconé

Mediante a diversidade de indicadores disponíveis, para a análise da situação de saúde do município foram selecionados os mais representativos e robustos na avaliação da atenção básica. São indicadores utilizados pelo estado, estabelecidos pela Portaria 113/08 (SES, 2008), para avaliar o "alcance de metas da atenção básica inseridos no Pacto pela Saúde". Destaca-se que não se trata de avaliar ações específicas no âmbito da atenção básica, mas sim, de avaliar, através de indicadores específicos, globalmente, esse nível de atenção (MS, 2003).

A referida portaria estabelece 10 indicadores de acompanhamento, porém destes, foram selecionados quatro por se considerar que os mesmos podem refletir a situação de saúde município de Poconé: coeficiente de mortalidade infantil (CMI), média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas, proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal e razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária. Além dos indicadores referidos, foi incluída a proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer.

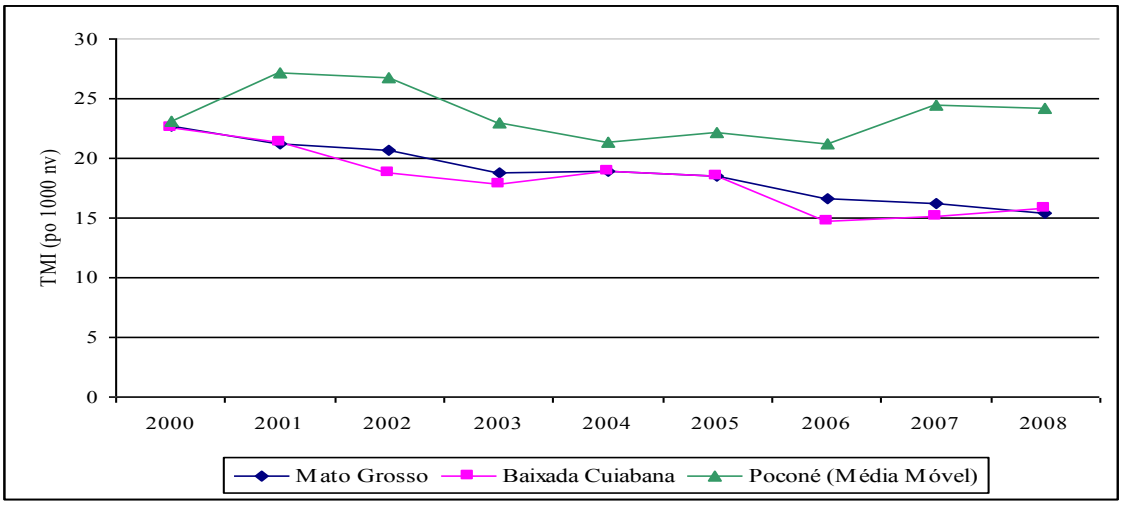
A mortalidade infantil e seus componentes (coeficiente de mortalidade neonatal e coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal) são considerados os mais sensíveis indicadores de saúde utilizados pela saúde pública para avaliar as condições de vida de

uma população. Mensura quantas crianças menores de um ano, dentre as que nasceram vivas, morreram em determinado tempo, período e local (KOZU et al., 2010).

Considerando que Poconé é um município de pequeno porte, mais sensível às variações causais de eventos raros, como óbitos infantis, para o indicador de mortalidade infantil, utilizou-se a média móvel na ordem de 5 anos para dados municipais, tentando minimizar essa interferência, e coeficientes para dados regionais e estaduais. A média móvel pode ser utilizada para melhor visualizar tendências.

Assim, de acordo com as informações da figura 7, observa-se que o CMI no estado apresenta-se em queda no período de 2000 a 2003, mantém-se relativamente estável até 2005, passando a declinar a partir de 2006. Situação parecida ocorre na Baixada Cuiabana, com certa estabilidade nos últimos 3 anos. Já no município de Poconé pode-se verificar, analisando a média móvel, que a mortalidade tem se mantido elevada, apesar de em alguns anos ela demonstrar pequena redução. Tal achado chama a atenção, pois não se esperaria um coeficiente tão elevado a alta cobertura do PSF no município. Podem estar ocorrendo falhas na assistência pré-natal e ao recém-nascido, mas não se podem descartar falhas e limitações na assistência ao parto, que transcende a atuação da equipe. Estudo abordando a mortalidade infantil neonatal e pós-neonatal poderia ajudar a entender a situação observada.

Figura 7 – Coeficiente de mortalidade infantil de residentes em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé (média móvel), 2000-2008



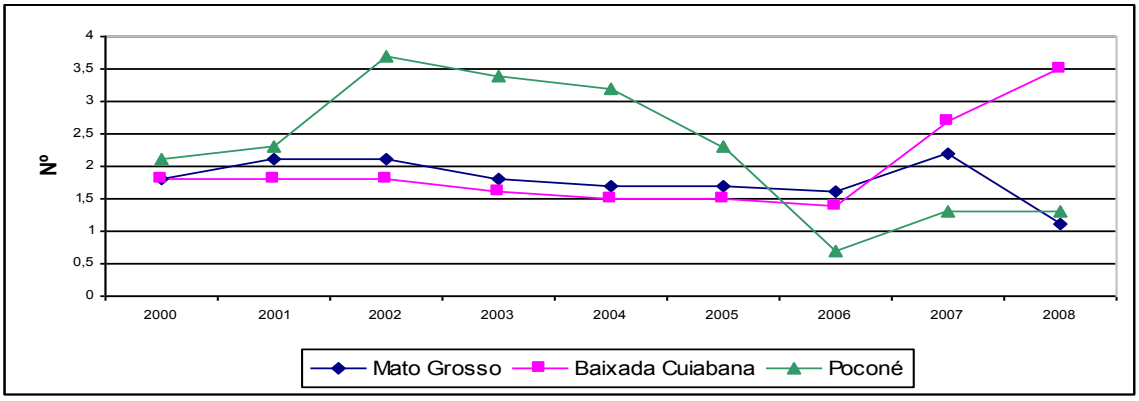
Fonte: DATASUS/2010

Na figura ainda pode ser observado que o indicador quando agrupado por região ou estado apresenta uma tendência de redução, porém quando desagregado para nível local percebe-se que esta, ainda, permanece alta.

A média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas em Poconé, no período de 2000 a 2008, variou de 2,1 (2000), chegou a 3,7 (2002) e 1,3

(2008), enquanto na região da Baixada Cuiabana, neste último ano, foi de 3,5 e no estado de Mato Grosso foi de 1,1 (Figura 8). Tal achado, no entanto, é pouco esclarecedor, tendo em vista que o registro dos procedimentos de atenção básica reduziu-se após a instituição do PAB e constataram-se também problemas relacionados à alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), no estado.

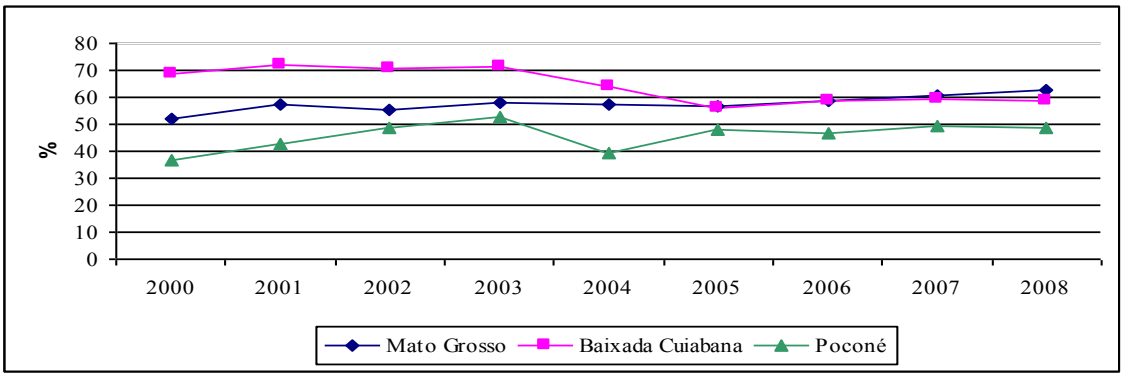
Figura 8 – Comparativo da média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008



Fonte: DATASUS/2009

A proporção de nascidos vivos cujas mães tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal no município (Figura 9), apresentou-se entre 36,6% (2000) e 48,6% (2008), apenas em 2003 a proporção chegou a 52,6%. Na Baixada Cuiabana observa-se que estava em ascendência nos 4 primeiros anos (71,3%), passando a cair gradativamente nos seguintes, chegando a 58,5%, uma queda de 12,8%. No estado, o percentual pouco variou. O que chama a atenção nos dados de Poconé é o fato desta proporção ser muito baixa comparada com a da região, principalmente quando se sabe que a cobertura do PSF neste ter se mantido próximo de 100%. Tal achado pode ser um fator explicativo para o elevado coeficiente de Mortalidade Infantil.

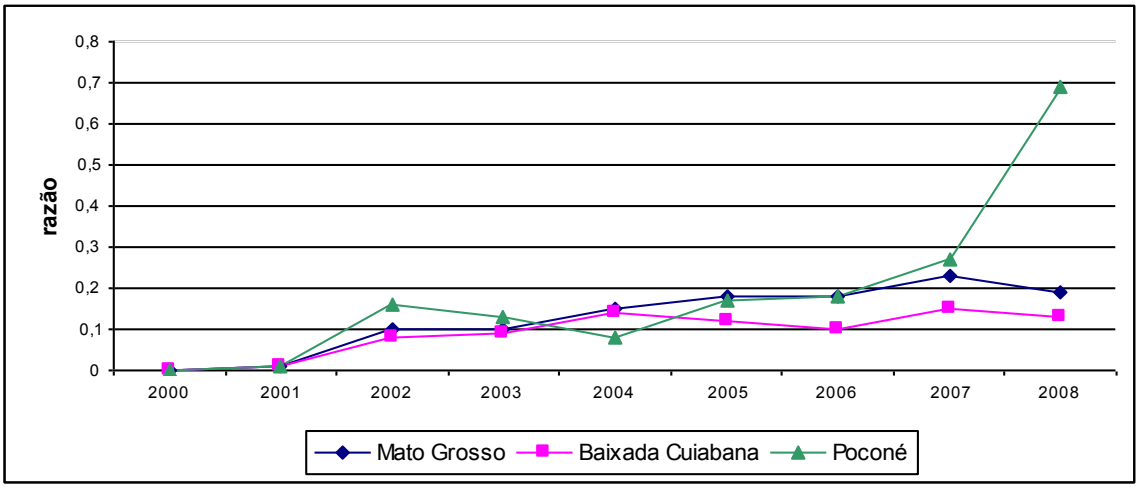
Figura 9 - Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008



Fonte: DATASUS/2009

A figura 10 mostra a razão de exame citopatológico cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos no município de Poconé, comparando-a com as razões da região da baixada cuiabana e do estado. O exame é realizado em mulheres nesta faixa de idade para o rastreamento de câncer do colo de útero e o que se observa é que a cobertura ainda é baixa, considerando que a razão mínima esperada é de 0,3. Em Poconé a razão vinha melhorando de 2004 a 2007, mas houve uma elevação abrupta em 2008 (0,69 exame/mulher/ano), o que é positivo, mas suscita maiores investigações, por destoar da tendência.

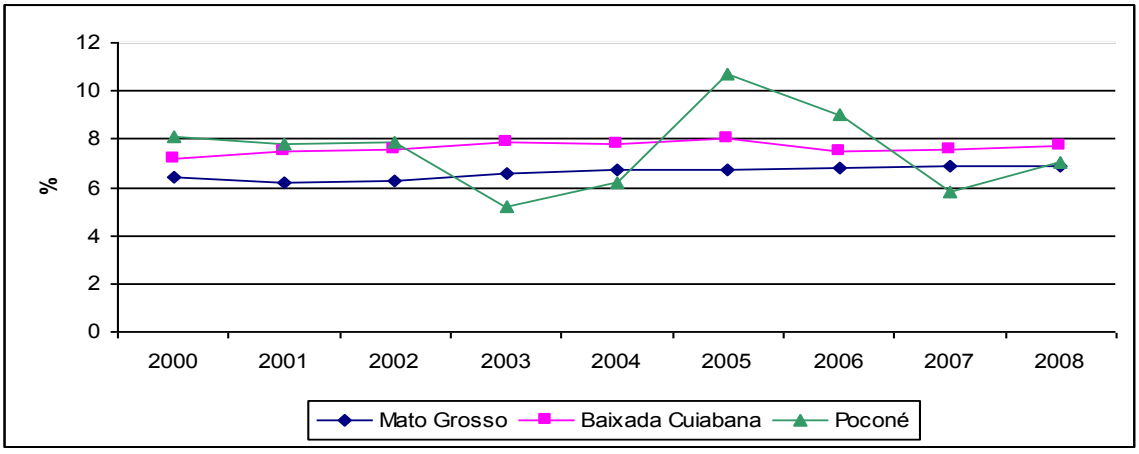
Figura 10 - Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008



Fonte: DATASUS/2009

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer em Poconé foi de 8,1% (2000), chegou a 10,7% (2005) e 7,0% (2008). Na região o percentual permaneceu entre 7-8% e no estado na casa dos 6% (Figura 11).

Figura 11 – Comparativo da proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008



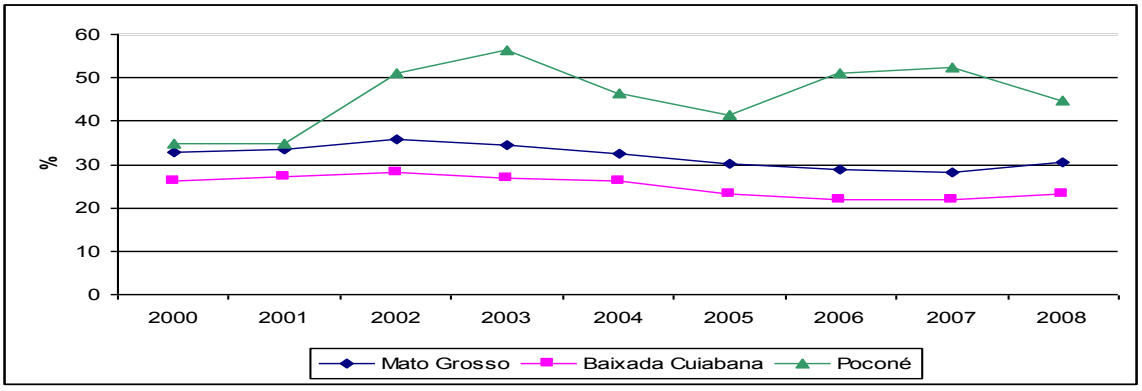
Fonte: DATASUS/2009

Esse indicador reflete a proporção de nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas. Valores em torno de 5-6% são encontrados em países desenvolvidos (MS, 2005b; 2006b).

Além dos indicadores da atenção básica apresentados, considerou-se importante, também, abordar aqueles referidos na lista do Ministério da Saúde, Portaria 221/08 (MS, 2008b), como sendo indicadores indiretos sensíveis utilizados como instrumento de monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, ou seja, as ISAP (BRASIL, 2008).

No Mato Grosso e na Baixada Cuiabana, as ISAP, que representavam 32,7% e 26,3%, respectivamente, em 2000, passaram para 30,0% e 23,2%, em 2005, revelando uma redução de 8,3% e 11,8%. Observa-se que em Poconé, comparado ao ano de 2000, esse indicador registra aumento até 2003, a partir do qual, passa a declinar. Mesmo os percentuais mais baixos deste segundo período, 41,4% (2005) e 44,7% (2008), são bem mais elevados que o de 2000 (34,7%) (Figura 12).

Figura 12 – Comparativo entre percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica/ambulatorial em Mato Grosso, Baixada Cuiabana e Poconé, 2000-2008



Fonte: COAP/SES/MT/2009; ( ) internações sem parto

Para caracterizar melhor os agravos incluídos neste indicador, foi elaborada a tabela 4 que permite observar o comportamento das internações no município, na região da baixada cuiabana e no estado, no período de 2000 a 2008.

Nota-se que para as internações por doenças diarréicas aguda (DDA) em menores de 5 anos a taxa do município oscilou pouco, mantendo-se alta e quase que inalterada até 2007, caindo em 2008. Observa-se também que houve um declínio para a região e estado.

Tabela 4 - Demonstrativo de alguns indicadores de internações por condições sensíveis à atenção primária de Mato Grosso (MT), Baixada Cuiabana (BC) e Poconé (PCN), 2000-2008

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taxa de internações por DDA em menores de 5 anos de idade	PCN	35,7	35,5	25,2	25,1	36,6	34,0	35,9	33,2	20,7
	BC	15,6	14,6	12,8	15,0	12,7	10,0	7,4	6,1	5,6
	MT	29,0	27,2	26,2	29,0	21,9	23,3	19,1	12,8	15,9
Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade	PCN	88,4	75,4	85,5	78,7	65,2	49,4	42,8	57,9	38,5
	BC	48,5	45,1	37,0	37,8	38,1	26,0	23,0	23,9	24,0
	MT	58,6	53,9	49,5	48,6	43,4	36,4	32,7	30,7	33,6
Proporção de internações por complicações do DM	PCN	1,8	2,0	1,9	2,1	3,8	3,3	3,7	2,2	2,1
	BC	0,9	1,1	1,0	1,2	1,5	1,7	1,6	1,5	1,6
	MT	0,9	1,0	0,9	1,0	1,2	1,3	1,5	1,4	1,7
Taxa de internações por AVC	PCN	79,3	104,0	74,9	69,4	51,0	70,1	53,0	38,7	19,3
	BC	39,0	46,4	49,6	45,7	44,7	41,5	39,6	31,5	21,0
	MT	43,8	45,7	48,5	44,9	44,0	40,5	37,6	31,3	21,6

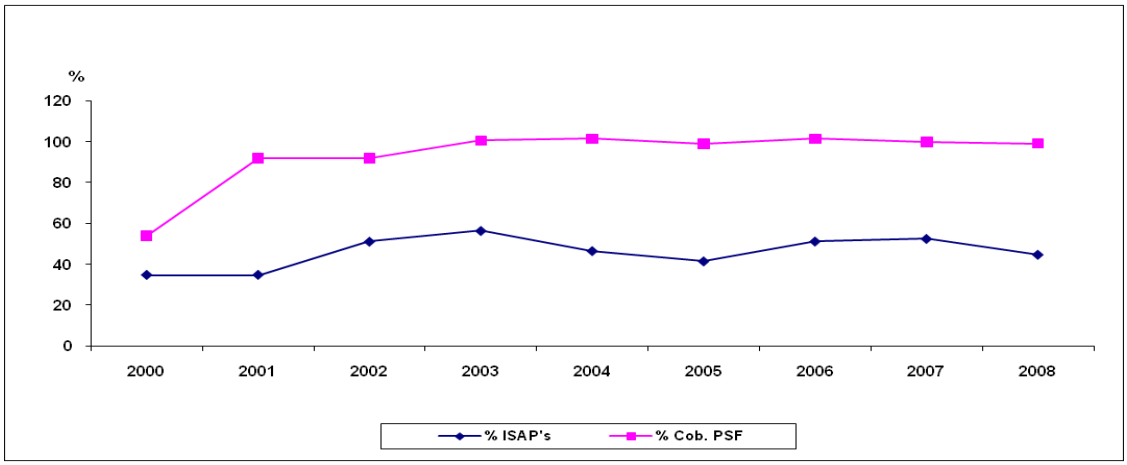
Fonte: DATASUS/2009

A taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos em Poconé mostrou-se em declínio até 2006 (42,8%), subindo em 2007 (57,9%) e declinando novamente em 2008 (38,5%). Já para a região e o estado manteve-se em declínio durante todo o período estudado, assim como as internações por acidente vascular cerebral (AVC).

A proporção de internações por complicações do diabetes mellitus (DM) manteve-se em ascensão para o estado e região. O mesmo comportamento foi observado em Poconé até 2006, quando tal proporção se reduz.

Ao comparar as ISAPs com a cobertura de Saúde da Família (Figura 13), observa-se que apesar de o município ter atingido 100% de cobertura desde 2003, isto praticamente não interferiu no comportamento das ISAPs que, com pequenas oscilações, mantiveram-se elevadas. Isto leva a inferir que a cobertura contribui, mas não é o único fator determinante. Isto pode ser confirmado, também, quando se analisa os resultados encontrados na figura 12, onde as duas regiões, baixada cuiabana e estado, apresentam ISAPs constantes. Cabe aqui ressaltar que nessas regiões concentram os dois maiores município (Cuiabá e Várzea Grande) com baixa cobertura de SF.

Figura 13 – Comparativo entre a cobertura da Saúde da Família e percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica/ambulatorial, Poconé, 2000-2008



Fonte: COAP/SES/MT/2009; ( ) internações sem parto

4.3 Caracterização do Contexto Político-organizacional

4.3.1 Autonomia Política, Administrativa e Financeira

Para caracterizar o contexto político-organizacional na dimensão da autonomia política, administrativa e financeira foram definidas duas sub-dimensões: planejamento das ações de saúde e execução financeira. Os resultados foram compilados segundo os critérios e indicadores na matriz de análise e julgamento.

4.3.1.1 Planejamento das Ações de Saúde

Na análise das informações obtidas constatou-se que o marco legal que regulamenta o sistema de saúde no nível local compõe-se de um conjunto de normas que reproduz, em muitos aspectos, a legislação federal e estadual. A Lei Orgânica do Município de Poconé, no que se refere ao SUS, está em consonância com os preceitos constitucionais. Promulgada em abril de 1990, integra o município à União e ao Estado no SUS, estabelece suas diretrizes e determina a criação do CMS.

O CMS foi instituído no município pela Lei 892/1993 e alterado segundo a Lei 944/1994, em caráter permanente, como órgão deliberativo do SUS no âmbito municipal e a ele compete: definir as prioridades da saúde; estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS); atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde do município; propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do FMS, acompanhamento da movimentação e destino dos recursos; acompanhar, avaliar e

fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS no município; definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados e as entidades de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde; apreciar previamente os contratos e convênios referidos; estabelecer diretrizes quanto à localização e tipo de unidades prestadoras de serviço de saúde públicas e privadas, no âmbito do SUS; entre outras estabelecidas em normas complementares (POCONÉ, 1994).

A composição do CMS é paritária, sendo o secretário municipal de saúde membro nato. O presidente e vice-presidente são eleitos pelos membros do CMS, com mandato anual. Suas atribuições e seu funcionamento estão bem definidos na lei e em algumas falas:

> "*hoje o conselho está tentando trabalhar de acordo com o que tem que ser*" (E1)
> "e*u acredito que nosso conselho é atuante"(E2)*

Além disso, identificou-se que há um conhecimento claro sobre as atribuições e as funções que o CMS exerce no município quando é feita a ressalva de que:

> *"a primeira função do conselho é fiscalizar as ações do gestor municipal de saúde, elaborar ações, implementar algumas políticas de saúde dentro do município. Este é um órgão realmente fiscalizador e independente dentro do setor de saúde"(E2)*

O que pôde ser observado também é que o CMS tem autonomia, encontra apoio dos gestores e suas resoluções são acatadas pelo executivo.

As conferências municipais de saúde são realizadas de quatro em quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, convocada pelo Poder Executivo e apoiada pelo CMS. Ao se investigar se as propostas da conferência de 2003 foram contempladas no PMS 2006-2009 verificou-se que, no que competia à SMS, elas o foram, ainda que não plenamente.

A administração pública do município de Poconé criou e instalou o FMS, através da Lei 889/1993 e regulamentou-o por meio da Lei 891/1993 com o "objetivo de criar condições financeiras e de gerenciar os recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde". As atribuições do secretário como gerenciador do fundo é: ser ordenador de despesas; gerir o fundo e estabelecer políticas de aplicação dos recursos em conjunto com o CMS; acompanhar, avaliar e decidir sobre o plano de aplicação em consonância com o Plano Municipal de Saúde (PMS) e Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO); submeter ao CMS as demonstrações mensais de receitas e despesas, entre outras. Nessa lei está prevista ainda

a operacionalização do fundo; as receitas que o integrarão, seus ativos e passivos, atendendo ao preconizado (POCONÉ, 1993).

Constatou-se que recentemente a SMS passou a ter autonomia para definição de necessidades financeiras de forma mais efetiva, porém, apresenta dificuldades em administrar a parte contábil e financeira por falta de profissionais capacitados na área.

> "*... a partir desse ano (2010) é a secretaria de saúde que está deliberando... hoje realmente a secretaria de saúde assume toda a parte de gestão realmente de recurso financeiro... é mais uma sobrecarga que está em cima da minha pessoa e da diretora, pois, realmente, não temos uma pessoa no quadro para estar acompanhando" (E1).*

Analisando as atas de reuniões realizadas pelo CMS no ano de 2008, observou-se que são discutidas e aprovadas a movimentação e o destino dos recursos financeiros. Também é apresentada a cada três meses a prestação de contas e os conselheiros têm livre acesso às contas do fundo.

Poconé não se habilitou pela NOB-93, mas o fez pela NOB-96, na forma de Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a Resolução CIB 002/98 (SES, 1998), passando a gerenciar todas as unidades de saúde existentes no seu município. No levantamento feito verificou-se que o poder de decisão sobre as políticas de saúde está centrado no secretário de saúde, o qual tem autonomia plena para organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde no que se refere às ações e serviços de atenção à saúde, atendendo a NOB-96.

Os instrumentos de gestão utilizados pelo município para planejamento, acompanhamento e avaliação da atuação da SMS, conforme relatório de gestão (2008), têm sido: o PMS; o PPA; a Programação Pactuada Integrada (PPI); o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o PTA. O PTA, apesar de constar no relatório de gestão como instrumento elaborado, não foi obtido e a gestora informou que ainda não trabalha com este tipo de instrumento.

O PMS de Poconé 2006-2009, que deveria ser produzido em 2005, último ano de vigência do plano anterior, foi elaborado pela SMS em 2006 e apresentado ao CMS em fevereiro/07. Não foi encontrada a aprovação do PMS registrada em ata do CMS.

No plano estão descritos como objetivos específicos: adequar as unidades básicas de saúde; fortalecer o Conselho Municipal; capacitar, formar e educar permanentemente os recursos humanos; implementar as ações de vigilância epidemiológica; priorizar as ações de vigilância sanitária; implantar o alvará sanitário; agilizar a oferta de medicamentos de alto custo; intensificar as ações de DST/AIDS; implementar as ações voltadas para o controle das doenças crônicas – degenerativas; melhorar o acesso à assistência especializada e de alta complexidade; reduzir os coeficientes de mortalidade

materna e infantil; melhorar o combate à hanseníase, tuberculose e dengue; reduzir o índice de infestação predial no município; reduzir para 50% a taxa de abandono para o tratamento de hanseníase e tuberculose; manter a cobertura das campanhas de vacinação, anti-pólio, DPT, sarampo e BCG; implementar a assistência farmacêutica básica; implantar as ações de saúde do trabalhador; implementar o controle da qualidade da água para consumo humano; alcançar a cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero; promover programas de alimentação saudável e implantar o nono programa de saúde da família. Apesar disso, nenhum dos objetivos relacionados aparece no PMS com proposições claras de operacionalização. O que se materializa neste documento, para os anos 2006-2009, são basicamente propostas gerais de construção, reformas e aquisições.

Na análise do PPA foi possível observar a previsão de ações e recursos para: implementar a atenção básica; modernizar a gestão; implementar a vigilância à saúde; implementar a farmácia popular; fortalecer o controle social; implementar a assistência especializada; reformar e adequar as unidades; adquirir veículos; construir CAPS; realizar a manutenção e conservação de bens imóveis; efetuar pagamento de pessoal e encargos e ampliar ações de informática. Contudo, o que se percebeu foi que na elaboração da proposta orçamentária para a saúde no município aquele conjunto de ações não foi respeitado na íntegra, conforme a visão de um ator quando diz:

> "*a gente propõe, mas na hora do fechamento os nossos assessores ainda estão mudando alguma coisa. A gente participa, mas eles ainda fazem algumas alterações" (E1)*

Se a análise documental explicitou uma posição formal e pouco propositiva, nas falas de todos os sujeitos entrevistados são referidos os avanços e a priorização da atenção primária pela gestão nos últimos anos. O que ficou evidente é que 61,5% deles não conhecem o plano ou não participam da elaboração do mesmo. Os profissionais que afirmaram ter participado de algum modo expressam que o fizeram em algumas reuniões onde foram fornecidos os dados para o estabelecimento do plano (Quadro 5).

Quando questionados sobre quais as facilidades e dificuldades para implementar o PMS, percebe-se que a participação dos profissionais e dos conselheiros na elaboração do plano facilita o desenvolvimento do trabalho. Conforme destaca um dos entrevistados:

> *"muitas vezes a gente não segue, praticamente tudo, porque têm as outras intercorrências, as outras coisas que a gente tem que mudar. Mas a gente procura estar trabalhando em cima do que a gente planejou... o plano, ele não tem assim tanta dificuldade" (E1)*

Para garantir serviços de referência de média e alta complexidade, o município participa da PPI, por meio da qual são pactuados atendimentos em outros municípios. Entretanto o que se observou é que o município enfrenta dificuldades em conseguir o atendimento nessas referências, mesmo estando pactuado.

> "*o que é do próprio município (serviços básicos) tem garantido... o que pactua com outros municípios (média e alta complexidade)... nossas referencias estão deixando muito a desejar" (E1)*

Quadro 5 – Posicionamento dos profissionais médicos e enfermeiros, acerca de determinadas variáveis, Poconé, 2010

Variáveis	% respostas afirmativas	% não soube responder
Considera a rede de serviço de saúde organizada	69,2	-
Conhece o relatório de gestão	7,7	-
Participa na elaboração do relatório de gestão	0,0	-
Participa no pacto das metas para os indicadores da AB	46,2	-
Conhece os indicadores pactuados	84,6	-
Participa no processo de gestão	61,5	-
Considera a existência de uma política de acompanhamento e avaliação	53,8	-
Considera a existência de influência político-partidária na gestão	76,9	-
Recursos financeiros da saúde bem aplicados	92,3	-
Recursos do PAB variável aplicados no PSF	92,3	7,7
Sabe que a SES repassa incentivo para o PSF	69,2	23,0
Incentivo estadual é aplicado no PSF	46,2	53,8
Dispõe de exames de apoio diagnóstico e complementar em quantidade adequada	61,5	-
Dispõe de materiais de consumo suficientes	69,2	-
Dispõe de equipamentos suficientes	61,5	-
Fez o curso introdutório	30,8	-

Fonte: entrevista com os profissionais

Na opinião de 69,2% dos profissionais entrevistados, a rede de serviço do município encontra-se organizada. Quando perguntado o que deveria melhorar, 38,5% acreditam que dispor de mais médicos especialistas e 30,8% consideram que a referência para exames, principalmente os de média e alta complexidade.

O município elaborou o relatório de gestão anual referente ao ano de estudo (2008), aprovou-o no Conselho Municipal de Saúde (CMS), conforme observado em registro nas atas de reuniões do conselho, porém não se constatou registro de envio da ata ou da resolução ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual, conforme preconizado pelas normas vigentes. Constatou-se também através das falas dos profissionais de saúde que 7,7% destes não têm conhecimento do referido relatório e nenhum relatou participar da elaboração.

No relatório estão descritos, na primeira parte, a caracterização do município; os aspectos geográficos e populacionais; aspectos socioeconômicos; ambientais; infra-estrutura de serviços públicos. Na segunda parte constam as informações técnicas sobre a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde, cobertura de serviços e a assistência ambulatorial prestada pelo município e seus procedimentos, os programas implantados e os indicadores da situação de saúde. Além disso, são relatados os recursos humanos existentes, recursos financeiros recebidos no ano e os indicadores orçamentários.

O município participa do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde com metas a serem alcançadas, objetivando a melhoria do desempenho dos serviços ofertados, bem como, a situação de saúde da população. A pactuação incentiva o município à contínua e ininterrupta ação de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da Atenção Básica. Isto pôde ser constatado através das falas dos profissionais, segundo as quais 46,2% dizem participar da pactuação e 84,6% relatam conhecer os indicadores pactuados. Com isso o município passou a receber, em 2008, os recursos financeiros do Programa Estadual de Incentivo ao Alcance de Metas da Atenção Básica. Quando perguntado aos profissionais sobre qual a opinião dos mesmos sobre o pacto de indicadores para atenção básica, 69,2% consideram-no como um documento formal que poderá ser utilizado para acompanhamento e avaliação das ações de saúde no município.

Ainda dentro da sub-dimensão planejamento das ações de saúde verificou-se que 61,5% dos profissionais de saúde sentem-se participantes do processo de gestão municipal.

4.3.1.2 Execução Financeira no Município de Poconé

No que tange às metas e diretrizes estabelecidas na LDO, referentes ao ano de 2008, observa-se que estão assegurados recursos para a saúde municipal divididos em Função, Sub-Função, Programa e Projeto/Atividade; e também nível de atenção: promoção da saúde e prevenção de doenças. As atividades foram basicamente manutenção e reformas seguindo a mesma linha de propostas do PMS 2006-2009. Entretanto não foi possível verificar se as propostas previstas neste plano também o foram nos anos anteriores e no posterior a 2008.

Levantou-se ainda a lei municipal que estima a receita e fixa a despesa para o exercício de referência, observando-se que foram assegurados recursos para a saúde nas

sub-funções: atenção básica; assistência hospitalar e ambulatorial e; suporte profilático e terapêutico.

Foram analisados os incentivos financeiros repassados pela união e, principalmente, pelo estado e as informações sobre as transferências municipais, entre 2003 e 2008. Fez-se este recorte temporal, como já mencionado anteriormente, em virtude da relativa homogeneidade de informações disponibilizadas pelo SIOPS, proporcionando uma conformidade na análise dos dados.

Os dados sobre o volume do orçamento global do município foram explorados e consolidados com base nas distintas rubricas existentes na planilha de receitas e despesas por ente governamental. Com isso pode-se observar um crescimento relativamente constante, mais acentuado de 2007 a 2008 (Tabela 5). Os percentuais de repasses e aplicações, no entanto, variam pouco de um ano para outro, principalmente os das transferências da união e estado. Nota-se também que a principal fonte de recurso é a união e depois o estado. Importante ainda ressaltar que o município vinha aumentando seu percentual de receita de 10,9% em 2003 e 14,2% em 2004 e nos anos seguintes foi baixando até apresentar 6,7% em 2008.

Tabela 5 - Orçamento global do município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008

Transferências	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
União	7.493,08	60,6	8.894,21	59,0	11.608,89	66,5	11.663,58	60,4	12.892,54	58,7	15.874,87	54,4
Estado	2.881,96	23,3	3.685,45	24,5	3.992,43	22,9	5.159,79	26,7	5.539,16	25,2	6.708,82	23,0
Município	1.344,00	10,9	2.141,64	14,2	1.504,79	8,6	1.893,48	9,8	2.100,60	9,6	1.958,03	6,7
Capital*	636,46	5,2	348,94	2,3	347,03	2,0	609,18	3,2	1.429,30	6,5	4.634,52	15,9
Total	12.355,49	100,0	15.070,24	100,0	17.453,13	100,0	19.326,03	100,0	21.961,61	100,0	29.176,24	100,0

Fonte: SIOPS/2009; * transferências de recursos para investimentos, cuja origem (união ou estado) nem sempre era discernível

O mesmo comportamento das transferências (união e estado) pode ser verificado quando se analisa o orçamento base estabelecido pela EC-29 (Tabela 6). Embora o município tenha aplicado em saúde o que é preconizado pela referida emenda, como será visto mais a frente (Figura 16), foi o ente federado que menos contribuiu para a composição desse orçamento.

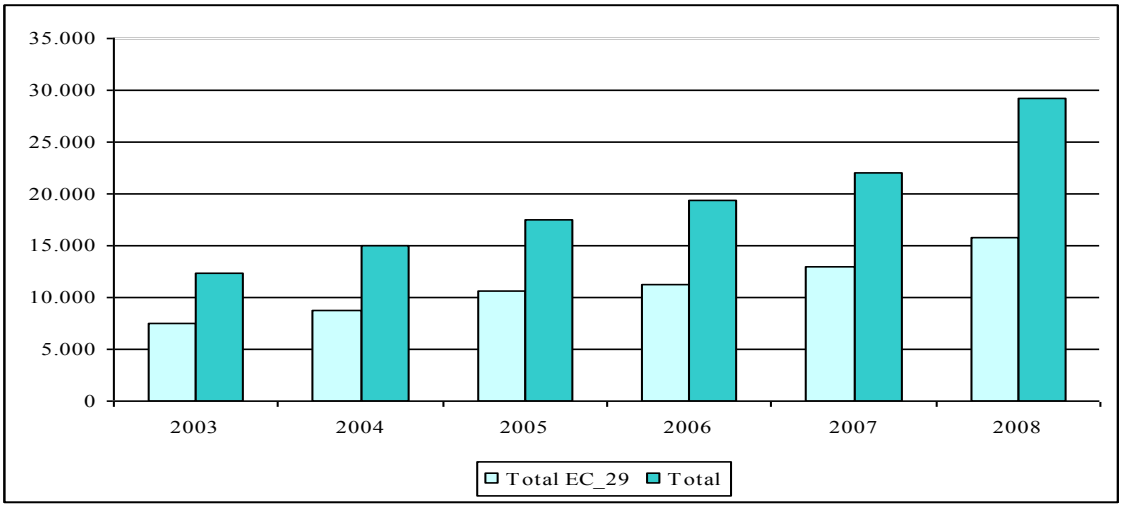
Tabela 6 - Orçamento base previsto pela emenda constitucional 29 (EC-29) no município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008

Valores	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
Total EC 29	7.458,38	100,0	8.797,15	100,0	10.698,76	100,0	11.265,13	100,0	12.955,47	100,0	15.751,14	100,0
Transf. União	4.725,01	63,4	5.142,62	58,5	6.690,06	62,5	7.155,85	63,5	8.588,71	66,3	10.104,58	64,2
Transf. Estado	2.101,00	28,2	2.867,06	32,6	3.394,09	31,7	3.313,45	29,4	3.604,02	27,8	4.567,44	29,0
Receita Mun.	632,38	8,5	787,48	9,0	614,60	5,7	795,83	7,1	762,74	5,9	1.079,12	6,9

Fonte: SIOPS/2009

A figura 14 mostra que o orçamento base da EC-29 elevou-se 111%, um pouco aquém da elevação do orçamento geral municipal (136%). Como é do orçamento base da EC-29 que se origina a contrapartida municipal para a saúde, o menor crescimento deste orçamento pode repercutir na capacidade do município de investir em saúde.

Figura 14 - Volume de orçamento global e o de base previsto pela emenda constitucional 29 (EC-29) do município de Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008



Fonte: SIOPS/2009

Quando se analisam as despesas totais per capita ocorridas com saúde no município (Tabela 7), verifica-se que em 2003 foram gastos R$ 87,26, enquanto em 2008 foram R$ 197,95, uma ampliação de 227%. As despesas exclusivamente municipais, embora de menor magnitude, também acompanharam este crescimento, mas a limitação referida no parágrafo anterior pode comprometer essa contrapartida, dado que para manter tal evolução o município pode ter que alocar percentuais acima dos 15% previstos na EC-29.

Tabela 7 - Despesas totais (R$) per capita com saúde segundo fonte de repasse do município de Poconé, 2003-2008

Despesa total com Saúde	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	87,3	90,2	137,1	161	173,5	198,0
Oriundas de transferências da União	44,4	52,4	81,4	66,5	75,7	86,5
Oriundas de transferências do Estado	9,7	9,9	3,6	19,6*	31,1	37,7
Oriundas de receita municipal	33,2	27,9	52,1	74,9	66,7	73,7

Fonte: SIOPS/2009; * SES/MT/2009

Ainda na tabela 7 é importante ressaltar que no ano de 2006, constatou-se que no SIOPS não há registro de transferência estadual; entretanto informações fornecidas pela SES/MT evidenciam este repasse. Assim, procedeu-se a um ajuste no referido ano objetivando melhor demonstrar as despesas totais per capita com saúde. Nos anos de 2006 e 2007 também foram observadas diferenças entre os valores declarados pelo município para cada ente governamental e o valor total. Tal observação nos levou a supor que o município considerou em seu montante declarado os restos a pagar, os quais não foram incorporados à receita, sendo também ajustados.

Diante do exposto, elaborou-se a tabela 8 levando em consideração as informações disponibilizadas pela SES/MT, sobre os repasses financeiros efetuados ao município para a atenção básica por ano. Procedeu-se também a subtração dos valores apresentados pelo município, no SIOPS, como próprios. Além disso, pressupôs-se que o município tenha declarado os reais valores repassados pela união. Verificou-se assim, que o estado elevou o repasse, para gastos per capita com atenção básica, de R$ 9,70 em 2003 para R$ 24,20 em 2008, um crescimento de 149% e que o município apresentou, para o mesmo período, um gasto crescente de 162,7% com recursos próprios, maior do que o apresentado pelo município no SIOPS (Tabela 7).

Tabela 8 - Despesas totais (R$) per capita com saúde (dados ajustados), segundo fonte de repasse, Poconé, 2003-2008

Despesa total com Saúde	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	87,3	90,2	137,1	161,0	173,5	198,0
Oriundas de transferências da União	44,4	52,4	81,4	66,5	75,7	86,5
Oriundas de transferências do Estado*	9,7	18,7	20,1	19,6	19,9	24,2
Oriundas de receita municipal **	33,2	19,1	35,5	74,9	77,9	87,2

Fonte: SIOPS/2009; * SES/MT/2009; ** Obtidos pela subtração dos recursos repassados pela SES

A tabela 9 mostra que a união vem aumentando gradativamente suas transferências apresentando, entre 2003 e 2008, uma elevação de 59,2%. O estado também elevou seu

repasse, passando de R$ 444.200,00 em 2003 para R$ 765.859,00 em 2008, um aumento de 72,4%. Este aumento se deve, principalmente, aos incentivos para a saúde da família, saúde bucal, PASCAR e farmácia básica.

Tabela 9 - Recursos transferidos para a atenção básica do município de Poconé (em R$ 1.000,00), segundo fonte, 2003-2008

Transferências	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
União	1.360,38	75,4	1.469,76	71,6	1.913,40	76,8	1.957,61	77,9	1.871,16	75,6	2.165,12	73,9
Estado*	444,20	24,6	582,70	28,4	577,80	23,2	554,29	22,1	604,95	24,4	765,86	26,1
Total	1.804,58	100,0	2.052,46	100,0	2.491,20	100,0	2.511,90	100,0	2.476,11	100,0	2.930,98	100,0

Fonte: SIOPS/2009; *SES/2009

Na análise dos dados que o município informa ao SIOPS, chama a atenção o fato de aparecerem, no período de 2003 a 2007, aplicações em atenção básica muito inferiores aos valores que foram transferidos pela união e estado para este fim, chegando às frações de 36,7% e 21,6%, em 2006 e 2007, respectivamente (Tabela 10). A situação parece se normalizar em 2008. Este é um achado que remete à qualidade da informação que este município repassava ao SIOPS, pois seguramente não foram estes os dados que o município informou ao TCE, sob risco de ter sua prestação de contas anual reprovada.

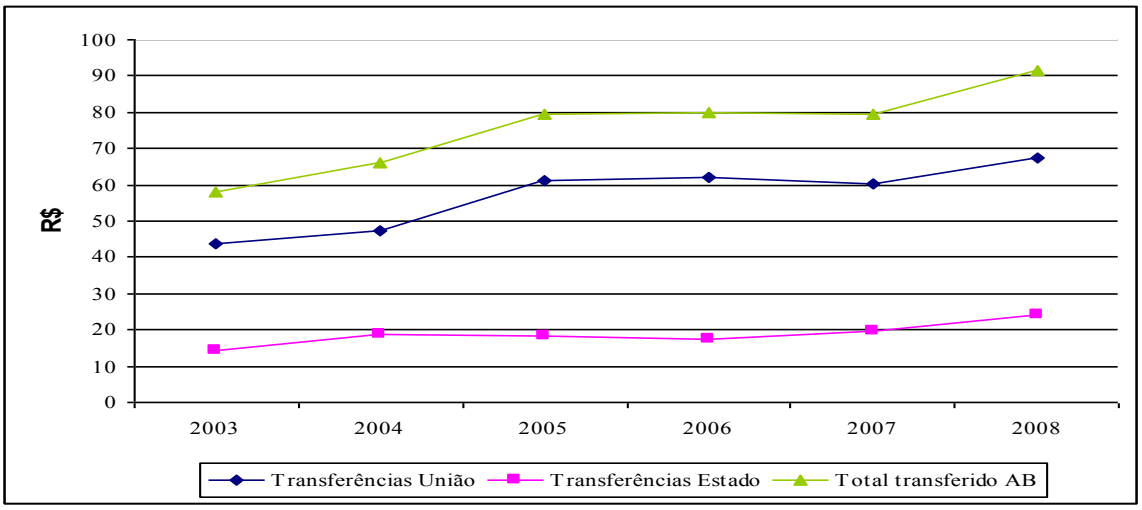
Tabela 10 – Recursos para a atenção básica: comparação entre valores transferidos e valores declarados gastos pelo município, Poconé (em R$ 1.000,00), 2003-2008

Valor	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
Transferido	1.804,58	100,0	2.052,46	100,0	2.491,20	100,0	1.957,61	100,0	2.476,11	100,0	2.930,98	100,0
Gasto	956,99	53,0	1.343,23	65,4	1.889,49	75,8	717,69	36,7	535,95	21,6	4.117,60	140,5

Fonte: SIOPS/2009; SES/2009

O volume per capita de recurso repassado pelo estado para a atenção básica tem se mantido estável durante todo o período estudado, com uma pequena elevação no último ano 2008 (R$ 19,44/2007 para R$ 23,89/2008). Já o recurso da união apresentou-se com certa elevação em 2005 (R$ 61,04) e 2008 (R$ 67,55), conforme demonstrado na figura 15. Ainda que o incentivo do estado seja imprescindível para a manutenção da AB no município em estudo, a figura informa que são os recursos federais que, de fato, sustentam-na.

Figura 15 - Recursos transferidos per capita (R$) para a atenção básica do município de Poconé, segundo fonte, 2003-2008



Fonte: SIOPS/2009; SES/2009

Na tabela 11 observam-se os recursos repassados como incentivo às equipes de saúde da família (ESF), tanto pelo estado como pela união. Nela pode-se verificar que houve um discreto aumento de recurso no período de 2003 a 2008. O volume de incentivo financeiro repassado pela SES/MT às ESF do município evoluiu de R$ 350.400,00 em 2003 para R$ 456.000,00 em 2008. No mesmo período, o recurso da união (para PSF e PACS) evoluiu de R$ 862.014,00 para R$ 1.369.600,00.

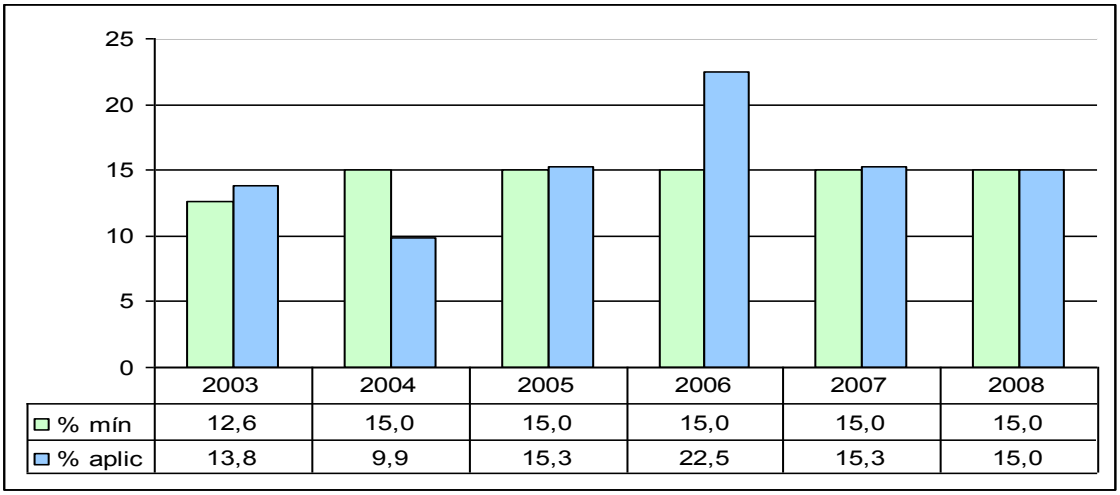
Tabela 11 - Recursos transferidos para ESF e PACS do município de Poconé (em R$ 1.000,00), segundo fonte, 2003-2008

Transferências	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%	R$	%
União PSF	678.06	55,9	628,63	47,8	777,60	53,4	904,55	54,8	777,60	48,9	806,40	44,2
União PACS	184,08	15,2	220,52	16,8	255,12	17,5	361,75	21,9	352,25	22,1	563,20	30,9
Estado ESF*	350,40	28,9	465,60	35,4	422,40	29,0	384,00	23,3	460,80	29,0	456,00	25,0
Total	1.212,54	100,0	1.314,75	100,0	1.455,12	100,0	1.650,29	100,0	1.590,65	100,0	1.825,60	100,0

Fonte: SIOPS/2009; *fonte SES/2009

Ao considerar a Lei de Responsabilidade Fiscal e a EC-29, desde 2004 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação, em saúde, de um percentual mínimo de 15% da receita oriunda de impostos municipais e transferências constitucionais e legais. Em 2003 Poconé aplicava em saúde 13,8% de recursos próprios, reduzindo tal participação para 9,9% em 2004, não cumprindo com o estabelecido. A partir de 2005 atingiu o percentual exigido permanecendo neste patamar até 2008 (Figura 16).

Figura 16 - Proporção de aplicação financeira prevista pela EC 29, mínima e aplicada, no município de Poconé, 2000-2008



	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% mín	12,6	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
% aplic	13,8	9,9	15,3	22,5	15,3	15,0

Fonte: SIOPS/2009

4.3.2 Governabilidade

Para caracterizar o contexto político-organizacional na dimensão governabilidade foi definida a sub-dimensão autonomia financeira. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas (gestores e representantes do CMS) e de informações levantadas no SIOPS, TCE e atas do CMS. Os resultados foram compilados segundo os critérios e indicadores na matriz de análise e julgamento. O critério para a determinação do padrão da autonomia financeira foi a capacidade de auto-utilização dos recursos destinados ao setor saúde e a responsabilidade da gestão sobre a aplicação dos mesmos.

O que se constatou foi que a gestora de saúde possui autonomia e participa da utilização dos recursos como ordenadora de despesas e definidora da aplicação financeira, mesmo que isso só tenha acontecido a partir de 2009. Porém, a SMS não possui infra-estrutura e pessoal de apoio qualificado para a execução desta atividade. Assim, as compras são realizadas pela comissão de licitação da prefeitura.

As informações sobre receitas e gastos em saúde são organizadas pela SMS, que as repassa à equipe de contabilidade da secretaria de finanças municipal para processamento e disponibilização, anualmente, através do SIOPS, assim como para a prestação de contas junto ao TCE. Observou-se que toda prestação de contas dos gastos é incluída para discussão e aprovação do CMS.

4.3.3 Capacidade Técnica-gerencial

A capacidade de governo foi determinada através da dimensão capacidade técnica-gerencial que se expressa no capital intelectual acumulado pela direção, na habilidade para idealizar e executar estratégias e táticas eficazes na solução dos problemas. Os

critérios para o cumprimento da sub-dimensão estabelecida para esta dimensão foi a capacidade técnica de gestão. Nela constatou-se que o gestor possui graduação em enfermagem e especialização em enfermagem do trabalho e em saúde da família, tendo também realizado o curso de especialização em gestão em saúde sem, no entanto, concluí-lo.

Apesar da SMS possuir uma boa estrutura e contar com vários profissionais das mais diversas áreas, o quadro de funcionários não é suficiente para a demanda de atividades exigidas. A maior dificuldade relatada refere-se à área contábil/financeira e à fixação de médicos no município. Os profissionais em sua maioria possuem contrato por tempo determinado e na medida do possível, são qualificados para as áreas onde atuam, entretanto a alta rotatividade dificulta a manutenção de profissionais capacitados no município. Essa situação se expressa na fala de um dos informantes quando diz:

> *Olha! A gente está procurando capacitar todos os que estão assumindo os cargos. Todos os treinamentos que têm a gente manda pra capacitar. É um problema porque os nossos técnicos às vezes a gente capacita, ele passa um ou dois anos ou três anos no município e ele sai porque ainda não temos o concurso. Estamos efetivando todos os de nível médio e o nível superior vai ficar para o ano que vem.*

4.4 Avaliação do grau de implantação do Programa, considerando os contextos político-organizacional e externo

Os dados referentes ao grau de implantação do programa foram coletados no município, analisados e consolidados através da matriz de análise (Anexo 12 e 13) e, a partir desta, elaborada a matriz de julgamento. Os quadros 6 e 7 apresentam as matrizes de julgamento para avaliação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família, nas quais se encontram distribuídas as dimensões e sub-dimensões, com seus respectivos pontos máximos e observados e o índice obtido por cada critério. Através destes resultados classificaram-se as dimensões e sub-dimensões em implantado, parcialmente implantado e incipiente.

Na matriz de julgamento do contexto interno, a intervenção atingiu 48,1% do que se esperava para a dimensão conformidade, sendo considerada com uma implantação incipiente (Quadro 6). Na sub-dimensão disponibilidade o município atingiu 62,4%, pois não se obteve pontuação para dois critérios: 1) profissionais contratados capacitados por categoria profissional nos cursos introdutório e básico para ACS: apenas 33,8% (médicos e enfermeiros) fizeram o curso introdutório e 35,7% dos ACS fizeram a primeira etapa do curso básico e; 2) existência de planejamento das atividades

elaborado pelas equipes de saúde da família, onde se constatou a inexistência do mesmo.

Quadro 6 - Matriz de julgamento do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Análise e Julgamento		
				PM	PO	ÍNDICE (%)
Contexto interno	Conformidade	Disponibilidade	% de cobertura de ESF existente;	27	27	100
			Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das ESF nos cursos: introdutório e curso básico para ACS;	27	0	0
			Dispor de estrutura física adequada para as ESF	27	8,1	30
			Fornecer equipamentos básicos necessários	27	8,1	30
			Fornecer insumos básicos necessários	27	13,5	50
			Fornecer medicamentos básicos	27	13,5	50
			Garantir sistemas de informação implantados e funcionando	27	27	100
			Garantir transporte para as ESF	24	12	50
			Existência de apoio diagnóstico e terapêutico de referência;	27	27	100
			Existência de referência para consultas especializadas	27	27	100
			Existência de referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas	24	24	100
			Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão no nível local	30	30	100
			Existência de planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica e M&A dos indicadores da AB	27	0	0
			Total da Sub-dimensão	348	217,2	62,4
	Conformidade	Oportunidade	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das ESF nos cursos: introdutório e curso básico para ACS em tempo oportuno;	27	0	0
			Equipamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna	27	13,5	50
			Insumos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna	27	13,5	50
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica realizado em tempo oportuno para a execução.	27	0	0
			Total da Sub-dimensão	108	27	25
	Conformidade	Qualidade técnica	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das ESF nos cursos: introdutório e curso básico para ACS conforme metodologia preconizada;	27	0	0
			Equipamentos básicos e mobiliários em quantidade de acordo com a norma técnica	27	13,5	50
			Medicamentos básicos em quantidade de acordo com a norma técnica	27	13,5	50
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores e programação de ações a partir do diagnóstico de saúde da área.	27	0	0
			Total da Sub-dimensão	108	27	25
			Total da Dimensão	564	271,2	48,1

Legenda: PM: Pontuação Máxima; PO: Pontuação Observada; Índice: em percentuais (aplicada regra de três simples, considerando o PM como 100%)

Na sub-dimensão definida como oportunidade, onde se ponderou que os itens deveriam estar disponíveis em tempo oportuno, foram consideradas somente as informações levantadas durante a entrevista. Assim, para não comprometer a pontuação foram excluídos os critérios: medicamentos básicos; veículo para transporte da ESF; apoio diagnóstico e terapêutico de referência; referência para consultas especializadas; referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas. Assim, a pontuação obtida para a sub-dimensão foi 25% do esperado, sendo considerada incipiente na implantação. Os critérios sobre capacitação dos profissionais e planejamento foram os que não atingiram pontuação, já que não foram realizados em momento oportuno.

Na qualidade técnica, aqui definida como estando de acordo com o estabelecido na norma estadual, observou-se que a intervenção no município encontra-se incipiente com 25%. Todos os critérios precisam ser melhorados de acordo com o estabelecido pela norma. Nesta sub-dimensão também houve a necessidade de ajuste, pois alguns critérios não foram medidos, tais como: estrutura física construída; insumos básicos e apoio diagnóstico e terapêutico de referência oferecido atendendo as normas técnicas estabelecidas.

No contexto político-organizacional, o município cumpre com 72,0% dos critérios estabelecidos pela intervenção, sendo esta considerada parcialmente implantada (Quadro 7). Na dimensão da autonomia política, administrativa e financeira foram observados que o planejamento das ações encontra-se parcialmente implantado com 56,7%, pois a SMS elabora apenas o PMS atendendo as exigências legais da administração pública brasileira. Os critérios: explicitação da atenção básica como prioridade no PMS; coerência entre problemas priorizados e ações propostas no PMS e participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS foram os itens que não atingiram pontuação por apresentarem deficiência na execução.

Na sub-dimensão da execução financeira, a intervenção pode ser considerada implantada, dado que atingiu 90,2%, considerada implantada, apesar dos problemas relativos a atrasos no repasse dos recursos estaduais para o fundo municipal de saúde.

Quadro 7 - Matriz de julgamento do contexto político-oganizacional

Con-texto	Dimen são	Sub-dimen são	Critérios/indicadores	Análise e julgamento		
				PM	PO	ÍNDICE (%)
Contexto político-organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde	Prática de planejamento situacional local de saúde	27	27	100
			Planejamento é regular e utilizado como instrumento de gestão	18	9	50
			Realização de conferências municipais de saúde regulares e suas propostas contempladas no PMS	27	18,9	70
			PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico, agenda de prioridades e proposições da conferência municipal de saúde e executado conforme planejado.	27	21,6	80
			Atenção básica é explicitada como prioridade no PMS	27	0	0
			No PMS há coerência entre problemas priorizados e ações propostas	27	0	0
			Participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS	27	0	0
			Pactuação/acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica	18	18	100
			Relatório de Gestão elaborado anualmente e a resolução de aprovação do CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.	14	7,0	50
			Inclusão de discussão e aprovação do relatório de gestão em ata do CMS.	16	16	100
			Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão	27	27	100
			Total da sub-dimensão	255	144,5	56,7
		Execução financeira	Recurso orçamentário e financeiro garantido para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOA)** conforme PMS	30	30	100
			% orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%) (1)	27	27	100
			Transferências de recursos exclusivamente municipais para o FMS	30	30	100
			Gastos per capita em R$ com saúde ≥ R$ 150,00 (1)	30	30	100
			Transferências de recursos estaduais para o FMS	27	13,5	50
			Transferências de recursos da União para o FMS	27	27	100
			Transferências de recursos da união para AB.	30	30	100
			Transferências de recursos estaduais para AB.	30	30	100
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município	30	15	50
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pela União ao município	30	30	100
			Total da sub-dimensão	291	262,5	90,2
Contexto político-organizacional	Governabilidade	Autonomia financeira	Secretária com autonomia para utilização dos recursos municipais	30	30	100
			Secretária com participação na gestão do recurso da saúde	27	27	100
			SMS com comissão para realizar processos licitatórios	18	0	0
			Existência de um profissional responsável pela parte financeira do FMS	14	0	0
			SIOPS (*) alimentado e atualizado	27	27	100
			Prestação de contas no TCE realizado anual.	16	16	100
			Inclusão de prestação de contas dos gastos em ata do Conselho Municipal de Saúde;	16	16	100
			Total da sub-dimensão	148	116	78,3

	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	Experiência acumulado pelo dirigente	18	18	100
			Formação na área de saúde coletiva do dirigente	16	16	100
			Concepção do gestor de um sistema de saúde local universal e de qualidade	30	30	100
			Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde e explicitada no discurso dos entrevistados	27	0,0	0,0
			Profissionais contratados (concurso, tempo determinado)	27	13,5	50
			Profissionais qualificados em sua área de atuação por categoria profissional.	30	6	20
			Total da sub-dimensão	148	83,5	56,4
			Total da Dimensão	842	606,5	72,0

Legenda: PM: Pontuação Máxima; PO: Pontuação Observada; Índice: em percentuais (aplicada regra de três simples, considerando o PM como 100%); (*) SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; (**) Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual; ([1]) Vieira da Silva et al. (2007).

Na dimensão governabilidade a autonomia financeira em Poconé foi considerada implantada com um percentual de 78,3%, mesmo a SMS não tendo comissão para realizar processos licitatórios e um profissional responsável pela parte financeira do FMS.

Para a dimensão capacidade técnica-gerencial a intervenção obteve 56,4%, sendo analisada como parcialmente implantada, pois não possui adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde; nem todos os profissionais contratados são concursados e poucos profissionais possuem qualificação em sua área de atuação.

A classificação do grau de implantação por dimensão foi obtido a partir do escore pré-estabelecido anteriormente e está melhor demonstrada no quadro 8, onde pode ser observado que o programa encontra-se parcialmente implantado com 62,4% dos critérios estabelecidos.

Quadro 8 - Matrizes de julgamento dos contextos e o grau de implantação

Dimensão	Sub-dimensão	PM	PO	Índice (%)	Grau de Implantação
Contexto Político-organizacional					
Autonomia política, administrativa e financeira	Planejamento das ações de saúde	255,0	144,5	56,7	Parcialmente implantado
	Execução financeira	291,0	262,5	90,2	Implantado
	Total da Dimensão	546,0	415,0	76,0	Implantado
Governabilidade	Autonomia financeira	148,0	116,0	78,3	Implantado
Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	148,0	83,5	56,4	Parcialmente implantado
	Total do Contexto	842	606,5	72,0	Parcialmente implantado

Contexto Interno					
Conformidade	Disponibilidade	348,0	217,2	62,4	Parcialmente implantado
	Oportunidade	108,0	27	25	Incipiente
	Qualidade Técnica	108,0	27	25	Incipiente
	Total do Contexto	564,0	271,2	48,1	Incipiente
Total Geral dos Contextos		1406	877,7	62,4	Parcialmente implantado

Legenda: PM - Pontuação Máxima; PO - Pontuação Observada

5. DISCUSSÃO

A partir do Modelo Lógico do Programa pode-se verificar que o município realiza e atende os requisitos estabelecidos pelo Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família. No entanto aspectos relacionados a cada um destes requisitos não são cumpridos de forma integral, necessitando de ajustes para que os efeitos sejam adequados.

Os resultados desta avaliação demonstraram que a SMS goza de relativa autonomia política, administrativa e financeira. Os critérios definidos para que a secretaria fosse considerada autônoma foram aqueles relacionados ao planejamento, à articulação e à execução financeira na esfera de compromissos transformados em ação.

O planejamento, enquanto trabalho de gestão para a implementação de políticas, pôde ser investigado considerando o triângulo de governo. Este é um sistema formado pela articulação de três variáveis, mutuamente dependentes e interdependentes: conjunto de propostas (projeto de governo), capacidade de governo e governabilidade. A prática de planejamento foi aqui considerada como um dos componentes do projeto de governo e desse modo sendo condicionada e condicionando a capacidade de governo e a governabilidade do sistema (VILASBÔAS, 2008).

Nesta perspectiva, foi possível identificar a existência de práticas de planejamento sob a forma estruturada, sem previsão de metas físicas quantificadas por ano, apenas algumas metas gerais, realizadas por força das exigências legais da administração pública brasileira. A ritualização desta prática estruturada de planejamento encontrada na Secretaria Municipal de Saúde de Poconé reforça as conclusões dos estudos sobre descentralização da saúde no país, revisados por Vilasbôas (2008), relativos à burocratização do planejamento em municípios que assumiram a responsabilidade pela gestão dos sistemas de saúde. Foram também observados os mesmos procedimentos ritualísticos na elaboração da proposta orçamentária. Porém, vale ressaltar que a supremacia dessa prática é de natureza política, o que não a confunde, entretanto, com improvisação.

No que tange ao planejamento das ações de atenção básica, nos níveis central e local do sistema municipal de saúde, o que se observou foi a ausência do mesmo expresso em documentos institucionais formais. O que se tem são reuniões para discussões relativas ao alcance de metas pactuadas de indicadores. As ações e serviços prestados são decididos pelo nível central da SMS, levando em consideração as metas pactuadas. De acordo com Moreira (2002) a falta de um plano de ação estruturado a partir do diagnóstico de saúde da população local, com objetivos e metas traçados, definindo a

missão institucional, em consonância com as políticas públicas estabelecidas pelo município, leva a unidade a uma atuação imediatista. Segundo a autora, tal limitação do planejamento é um indicativo de que o nível local tem baixa resolutividade dos problemas de saúde de sua população alvo.

Ritualização também pode ser apontada na elaboração do Relatório Anual de Gestão, pois como o Plano Municipal de Saúde não possui quantificação das metas, não há como monitorar o cumprimento destas. Tal relatório deveria constituir-se na principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde no âmbito do planejamento. Porém, como não se elabora o Plano de Trabalho Anual, não se verifica os resultados alcançados apurados com base no conjunto de indicadores que deveriam estar definidos na programação para acompanhar o cumprimento de metas nela fixadas e orientar eventuais redirecionamentos que se fizessem necessários. Além disso, torna-se difícil aos órgãos de controle interno e externo a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS.

A participação social na definição das políticas de saúde se dá nos conselhos de saúde, assegurando o controle social sobre as ações e serviços de saúde (MOREIRA, 2002). A ele cabe analisar, discutir e aprovar os respectivos instrumentos de gestão, além de propor estratégia de enfrentamento das eventuais dificuldades encontradas na execução do PMS. Como no caso do município em estudo, a atuação do Conselho Municipal de Saúde restringe-se à aprovação dos instrumentos de gestão, pode-se dizer que a sua atuação ainda é pouco efetiva.

O que se percebe é que a incipiente participação da Secretaria de Estado de Saúde no monitoramento dos municípios no que tange a: a elaboração dos planos de saúde e relatórios de gestão; a operacionalização dos fundos de saúde; o alcance dos indicadores e metas do pacto de gestão; a constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria, como prevê o Pacto de Gestão, reflete no produto produzido pelo município.

Apesar de ser a gestora do FMS, a SMS compartilha a gestão dos procedimentos administrativos, orçamentários e financeiros com as secretarias de Finanças e Administração, dado que alguns procedimentos estão centralizados, como a licitação e a alimentação do SIOPS. A demora na aquisição de bens e serviços para a SMS foi atribuída a problemas com a insuficiência do fluxo de caixa, gerado por atrasos de repasse de recursos e a burocracia pública existente na compra de materiais e consumo. A mesma situação foi encontrada por Vilasbôas (2008) em seu estudo desenvolvido em um município do nordeste brasileiro.

No âmbito da saúde, as funções são distribuídas entre a equipe dirigente e os técnicos do nível central da SMS. Com exceção da secretária e de duas diretorias, os demais técnicos não estão vinculados a estruturas formais e cargos correspondentes. Há um organograma informal que orienta a composição de coordenações técnicas, responsáveis pelo controle, apoio ou execução das ações de saúde realizadas pelo sistema municipal de saúde, como as evidenciadas por Vilasbôas (2008).

A questão dos recursos humanos aparece para o gestor como um problema, expresso na rotatividade e na consequente baixa qualificação dos profissionais, a qual reflete na dificuldade dos mesmos em lidar com situações do dia-a-dia. A descentralização de ações e serviços de saúde aumentou a responsabilidade do gestor municipal e, no entanto, sua equipe e qualificação continuam limitadas. Além disso, há uma grande dependência do município das capacitações oferecidas pela SES. Assim, evidenciou-se a necessidade do investimento em concurso público para fixação de profissionais, e a garantia de sua qualificação, se o objetivo for a melhoria dos serviços. Facchini et al. (2008) levantam dúvidas sobre a efetividade da atenção básica à saúde na resposta às necessidades de saúde da população quando se tem problemas na quantidade e no perfil dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à autonomia financeira, a movimentação e a aplicação dos recursos das diversas fontes do setor é determinada pelo gestor municipal de saúde, o que é um grande avanço, visto que, segundo Luna (2006), somente 54,0% dos gestores municipais de Mato Grosso têm autonomia para administrar os recursos do FMS.

Observou-se também que há uma grande dependência dos recursos federais para custeio municipal da saúde, e que os recursos estaduais são importantes para a manutenção da atenção básica. O município, por ser de pequeno porte e ter baixa capacidade de geração de recursos via impostos municipais, tem maior dificuldade de investimento de recursos próprios para a saúde, dada a vinculação estabelecida pela EC-29. São os pequenos municípios os que mais dependem das transferências federais, como afirmam autores como Scatena e Tanaka (2000); Moreira (2002); Pinto, Gonçalves e Neves (2003); Marques e Mendes (2003) e Lima (2006).

A gestão dos recursos é apresentada pela SMS como sendo uma importante conquista, porém o volume de trabalho contábil e a falta de técnicos disponíveis na área financeira e com conhecimento técnico específico necessário dificultam essa gestão de forma adequada. Situação esta evidenciada também nos estudos de Mendes e Marques (2002) e Luna (2006).

O acesso oportuno aos recursos financeiros é outro fator importante que interfere nos resultados, pois como o município é bastante dependente dos recursos de transferências, atrasos no repasse prejudicam o cumprimento da programação e causam problemas na manutenção da estrutura física dos serviços, aquisição de equipamentos e materiais, formação de parcerias e racionalização dos gastos. O que se observa no levantamento das informações junto à fonte do estado é que há, com certa freqüência, um atraso no repasse do incentivo do PSF, principalmente nos últimos meses e começo de cada ano. Isto compromete todo o processo de gestão na execução do planejamento local, já que o município não apresenta reservas financeiras que possam garantir a manutenção durante aquele período.

A falta de programação anual, comentada anteriormente, prejudica o acompanhamento e a aplicação dos recursos financeiros por sub-função, dificultando, provavelmente, a alimentação do SIOPS. Vale destacar que se observaram divergências entre algumas informações apresentadas pelo gestor estadual sobre recursos repassados ao município, frente às equivalentes declaradas por este ao SIOPS, situação encontrada também por Mesquita (2008). O profissional que alimenta o SIOPS é do quadro da secretaria de finanças e a secretaria de saúde municipal só repassa as informações; o que leva a supor que o fato esteja relacionado, também, a questões de infra-estrutura dos municípios e da disponibilidade de profissionais capacitados, como levantado por Souza (2007). Essa autora também afirma que o número reduzido de recursos humanos capacitados no sistema de saúde é hoje uma realidade.

A fragilidade dos gestores no uso do SIOPS, referida por Silva et al. (2010) foi também constatada neste estudo e é conseqüência do investimento insuficiente em cursos de capacitação. Mesmo com os recursos de ajuda existentes na página do SIOPS, acerca do preenchimento da declaração, a estruturação de cursos práticos para conhecimento e utilização do sistema é fundamental para instrumentalizar os gestores no uso da ferramenta.

Considerando o papel a ser desempenhado pela SES no monitoramento, acompanhamento, apoio e fiscalização da aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais, a divergência na alimentação do SIOPS sugere certa fragilidade do estado no desempenho do seu papel regulador frente aos municípios, o que também é observado por Souza (2007). É necessário que a base de dados do SIOPS tenha uma crítica e consistência constante para que o uso das informações do orçamento público em saúde transforme-se em ferramenta de monitoramento, avaliação e controle dos gestores do SUS (Mesquita, 2008).

Ao município cabe a aplicação de recursos próprios para alcançar o objetivo de ampliar e qualificar a rede básica, pois os recursos provenientes das transferências (federal e estadual) são induzidos pelos entes que os repassam, a serem aplicados no financiamento dos serviços assistenciais municipais. Autores como Barros (2002) e Lima (2007) destacam que o princípio legal do comando único com a prática dessa vinculação de recursos das transferências, limita o grau de autonomia. Autonomia esta necessária para que os gestores municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local. Tal limitação compromete também a gestão orçamentária municipal sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto.

Apesar dos parcos recursos próprios, o que se percebeu foi que houve nos últimos anos, um bom investimento na estrutura das unidades básicas de saúde. Porém, cabem ainda melhorias em algumas estruturas e construção em outras para que se possa elevar a qualidade do atendimento na rede pública de saúde. Teixeira e Teixeira (2003) recomendam que na escassez de recursos, o planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis em todos os setores da economia, em especial no setor público.

Observou-se que apesar do gestor ser da área da saúde e possuir vasta experiência na condução da secretaria, ainda assim, apresenta dificuldade em administrá-la, pois os processos cotidianos acabam consumindo parte do tempo que o gestor poderia investir em novos planos. Isso sugere que há necessidade de um processo de educação permanente que permita ao gestor discutir suas experiências e dificuldades e aprender durante o processo de trabalho (LUNA, 2006).

Ao introduzir os indicadores de saúde na análise da situação de saúde do município e tentar compará-los com os recursos aplicados na saúde, observou-se que o município aumentou as despesas totais per capita com saúde, apesar do relativo crescimento do orçamento global municipal e, mesmo assim, não houve a melhora que se esperava para os indicadores de saúde. Além disso, verificou-se que a boa cobertura de equipes de saúde da família não foi suficiente para modificar o quadro das ISAPs. Situação semelhante também foi observada por Brito e Mota (2005) no estudo feito sobre as ISAPs, no estado da Bahia, no ano de 2004, os quais constataram que houve diminuição no número de internações nos municípios atendidos pelo PSF, porém os resultados não foram tão significativos quanto poderiam ser.

A influência da cobertura populacional pelo PSF na redução das ISAP foi também investigada por Elias (2008), Rehem e Egry (2008) e Veloso (2009). Eles ponderam que

não é possível afirmar que somente essa cobertura possa ser o único e principal fator responsável pela melhora do indicador, mas certamente contribui.

Para identificar as razões que estão levando a esse resultado sobre os indicadores caberia uma investigação acerca dos problemas de acesso e de qualidade dos serviços prestados na atenção básica. Macinko (2007) levanta alguns fatores limitadores quando do uso deste indicador, tais como: o fato de que em pequenos territórios o lapso de tempo para a detecção de mudanças e o estabelecimento de tendências pode ser grande; a dependência das informações hospitalares, das quais estão excluídas as mortes ou outras complicações que não acontecem nos hospitais e não estão refletidas nas estatísticas. Pode-se acrescentar também a limitação ao se usar dados secundários, a confiabilidade nos diagnósticos e as características exógenas à atenção primária, ao paciente e ao problema de saúde que este apresenta.

Outro fator levantado por Macinko (2007), também observado neste estudo durante a visita de campo, foi que os pacientes acessam os serviços de saúde pelas consultas especializadas ou pelo pronto-atendimento como casos de emergência. O autor aponta que tal situação é um forte indicador da falta de acesso e do uso inapropriado dos serviços básicos. Evidencia ainda que a atenção básica é incapaz de resolver os problemas de saúde da população, seja pela baixa qualidade técnica, pela baixa efetividade e resolutividade, pelo não-estabelecimento de continuidade do atendimento, do vínculo terapêutico, pela grande variedade das práticas médicas entre os diferentes serviços ou pela baixa integração entre os serviços. Os pacientes dificilmente completam o tratamento nos programas de atenção básica.

Na analise da interferência do contexto organizacional e externo na implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família verificou-se que o grau de implantação do programa no município está condicionado por fatores contextuais. O estudo mostrou que o contexto político-organizacional exerce influência positiva no grau de implantação do programa em Poconé. Embora não se possa, a partir das variáveis contextuais estudadas, atribuir relação direta entre esta e o grau de implantação específico observado, pode-se dizer que sem essas variáveis a implantação da intervenção estaria comprometida. Entretanto existem critérios que necessitam ser revisados, como pode ser visto no quadro síntese dos contextos (Quadro 6). Autores como Travassos e Martins (2004); Almeida et al. (2003); CNDSS (2008) apontam que fatores organizacionais são necessários para prestar atendimento em sintonia com a necessidade da demanda, em tempo e local oportuno.

Quadro 9 – Fatores dos contextos político-organizacional e externo que interferem na implantação do programa

CONTEXTOS	DIMENSÕES	SUB-DIMENSÕES	FATORES	
			POSITIVOS	NEGATIVOS
Político organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde;	- Possui marco legal regulamentado - Elaboram-se PMS, PPA, PPI e RAG - Aprova o RAG no CMS - Realiza Conferência Municipal de Saúde - Propostas da conferência respeitada parcialmente na elaboração PMS - Pactuação com outros municípios para atendimento de média e alta complexidade - Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão	- Não se elabora PMS e RAG conforme preconizado - Elaboração e aprovação do PMS foram do prazo estabelecido - CMS e profissionais não participam da elaboração do PMS e RAG - Não se elabora PTA e PTM - Dificuldade do atendimento no serviço de média e alta complexidade pactuado pelo município de referencia
		Execução financeira	- Assegurado recursos para a saúde na LDO e LOA - % orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%) - Gastos per capita em R$ com saúde ≥ R$ 150,00	- Transferências de recursos estaduais para o FMS fora do prazo - Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município fora do prazo
	Governabilidade	Autonomia financeira	- Secretaria com autonomia para utilização dos recursos do FMS - Secretária com participação na gestão do recurso da saúde - SIOPS alimentado e atualizado - Inclusão de prestação de contas dos gastos em reuniões do CMS	- SMS não realiza processos licitatórios dificultando aquisição - Falta de um profissional capacitado responsável pela parte financeira do FMS - Informações financeiras divergentes declaradas no SIOPS
	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	- Secretária com experiência acumulada - Secretária com formação na área de saúde coletiva	- Inadequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde - Profissionais contratados de forma precária - Grande rotatividade de profissionais nas diversas áreas - Pouca disponibilidade de capacitação profissional
Externo	Vulnerabilidade social	Condições sócio-econômicas	- Maioria da pop reside na zona urbana - Município próximo da capital - Turismo para exploração - Estrutura de ensino em todos os níveis - Rede serviços de saúde adequada - Estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde apropriada para um município de pequeno porte	- Grande extensão territorial sob inundação - Baixo IDH - Elevada tx de famílias vivendo com até ½ SM - Elevação da tx de pobreza - Município de peq. Porte - Elevado % de pessoas com 0-3 anos de estudo - Elevado % da pop utilizando abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado - Coleta de lixo depositada em lixão

Investigou-se também se fatores do contexto externo estão interferindo positiva ou negativamente no desenvolvimento do programa. Assim, dentre os fatores que evidenciam uma influência positiva estão os critérios relacionados à disponibilidade de estrutura de ensino, características geográficas e de acesso à rede de serviços. Observou-se ainda que a secretaria municipal de saúde de Poconé possui uma estrutura organizacional apropriada para um município de pequeno porte e sua rede de serviços está compatível com sua necessidade. Os fatores negativos observados foram os relacionados a condições sócio-econômicas, educacionais e sanitárias da população. Para autores como Médici (1994) e Almeida et al. (2003) estes fatores e seus determinantes efetivos interagem com a saúde da população. Holtzman (2007) ainda reforça que a atenção primária, quando associada a melhores condições sociais e ambientais, resultantes de políticas sociais e de saúde pública, constitui-se importante diretriz para se alcançar efetividade, eficácia e eqüidade em serviços de saúde.

Em suma, como afirma Barbara Starfield Holtzman (2007, p 65):

> *... mesmo considerando que fatores sócio-demográficos sem dúvida influenciam a saúde, sistemas de saúde orientados para a atenção primária constituem-se em diretriz estratégica de alta relevância, porque seus efeitos são claros e relativamente rápidos, particularmente no que diz respeito à prevenção da progressão de doenças e efeitos de lesões, especialmente entre os mais jovens.*

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo teve algumas limitações como na utilização de banco de dados secundários. Se por um lado apresenta as vantagens do baixo custo e execução rápida, por outro, mostra desvantagens quando o pesquisador se depara com informações divergentes. Entretanto, esta limitação não chega a comprometer a validade de construção do estudo ou sua consistência, mas aponta para a necessidade de um constante acompanhamento crítico da base de dados.

Ainda dentro deste fator, sentiu-se dificuldade na interpretação das informações em função dos termos contábeis. Embora esta limitasse a análise, não impediu que ela fosse feita, como o comprovam os resultados. É importante considerar tal aspecto, pois são elementos que terão que ser equacionados quando se pensa na transparência da gestão financeira municipal. Tal como se apresentam, os dados de financiamento impõem limitações ao controle social, já que quem o exerce nem sempre são pessoas da área contábil, ou que a entendam.

Não foi possível também identificar, nos dados secundários consultados, referentes a despesas com saúde (SIOPS), exatamente onde e como foram utilizados os recursos

daquele programa específico. As informações contidas refletem de forma generalizada as aplicações.

No contexto da intervenção, pôde-se também verificar que o roteiro de entrevista aplicado para levantar determinadas variáveis contextuais não permitiu responder a todos os critérios estabelecidos para a sub-dimensão *oportunidade* por não constarem dos mesmos. Assim, não foi possível considerá-las na análise. Isso mostra a necessidade de se ampliar o teste do instrumento antes de sua utilização no estudo.

Ainda dentro deste contexto, houve a necessidade de se excluir algumas variáveis da sub-dimensão *qualidade técnica* em virtude da limitação de tempo e da amplitude que tomaria o estudo.

A pouca produção científica sobre avaliação da utilização dos incentivos financeiros como estratégia de indução de mudanças limitou o estudo na busca de referências.

Outra limitação observada foi a não incorporação da análise da influência do contexto externo na redução da morbi-mortalidade por condições sensíveis à atenção básica em virtude da magnitude que tomaria o estudo e da limitação de tempo para a conclusão da pesquisa.

Neste contexto, os resultados do estudo constituem uma análise parcial que aponta para a necessidade de novos estudos, mais aprofundados, sobre o tema.

7. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Tão importante quanto o desenvolvimento da pesquisa avaliativa são as lições aprendidas e as recomendações que o estudo pode trazer para subsidiar os responsáveis para a tomada de decisões, implementação de políticas e melhoria do programa.

A principal lição aprendida com este trabalho foi o exercício de validação, quando se observou que nem sempre os critérios para atribuição de valores estão estabelecidos e muitas vezes também não estão definidos claramente os objetos a serem valorizados. Além disso, não há uma verdade única sobre quais os critérios a serem selecionados, e seus valores dependem do olhar e experiências vividas daqueles que realizam a avaliação. Dessa forma, não existe uma avaliação perfeita, nem o resultado mais correto, podendo existir outras formas de se fazer uma avaliação e chegar ao mesmo resultado ou a resultados mais completos e complexos.

A avaliação pode ser efetiva para reorientação do processo quando as informações obtidas indicam tanto os sucessos alcançados como as falhas existentes, contribuindo para o aperfeiçoamento das ações da intervenção. Desta forma, alguns aspectos puderam ser identificados como pontos que necessitam de ajustes.

Um aspecto importante identificado na conclusão deste estudo foi quanto às dimensões, sub-dimensões e critérios/indicadores referentes ao contexto político-organizacional. Neste, a disponibilidade de recursos financeiros, tal como mensurada no estudo, poderia estar melhor relacionada à dimensão governabilidade ou capacidade de governo e não ao projeto que informa o direcionalidade da gestão. Entretanto, esta observação não chega a comprometer os resultados alcançados no estudo.

O contexto da intervenção que engloba a conformidade, prioritária para a implantação do programa, foi a que apresentou menor índice e que necessita de maior atenção. A incorporação de prática de monitoramento e avaliação nos serviços proporciona aos gestores informações para definir estratégias de intervenção, buscando a melhoria de desempenho dos serviços e do programa. Além disso, é preciso que exista uma política de recursos humanos com plano de carreira, cargos e salários que garantam a estabilidade e ascensão do profissional; que seja realizado concurso público para os profissionais de saúde; que haja investimento em cursos de atualização e aperfeiçoamento, objetivando a valorização e fixação dos profissionais de saúde no município.

Outro aspecto importante encontrado foi a cultura da população, que tende a valorizar os componentes curativos, individuais e dependentes de tecnologia do processo de atenção à saúde. Nesses aspectos torna-se imprescindível desenvolver estratégias de apoio às equipes de saúde da família de forma a construir e reforçar seu profissionalismo, incentivar vínculos com as comunidades e fazê-las desenvolver redes organizacionais, além da capacidade de avaliar os programas e as atividades realizadas.

Destaca-se também a necessidade de capacitar a equipe municipal na utilização dos sistemas de informações já disponíveis como instrumentos de monitoramento e avaliação, estimulando a sua utilização para o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Tão importante como o planejamento é a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. Assim é preciso incorporar na rotina a prática de planejamento local com ações estruturadas, partindo do diagnóstico de saúde da população local, traçando objetivos e metas. Assim como elaborar relatório de gestão a partir do monitoramento do alcance de metas e orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Ao conselho cabe uma atuação mais expressiva na analise, discussão e aprovação dos instrumentos de gestão, além de proposição de estratégias de enfrentamento das

eventuais dificuldades encontradas na execução do Plano Municipal de Saúde e programações pactuadas pelo município.

À Secretaria de Estado de Saúde cabe investir mais no monitoramento e apoio aos municípios no que tange a: a elaboração dos planos de saúde e relatórios de gestão; a operacionalização dos fundos de saúde; o alcance das metas pactuadas; a constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria. Neste ponto, a participação mais efetiva da SES disponibilizando capacitações contribuirá para sanar tais deficiências.

Neste estudo, o Coeficiente de Mortalidade Infantil mostrou-se pouco sensível para evidenciar melhoria nas condições de saúde, o que fomenta a recomendação à SES de monitorar indicadores específicos, tais como a incidência ou prevalência de agravos redutíveis por ações de atenção básica.

A eficácia no gasto público é condição relevante para que o sistema possa avançar na qualidade das ações. O planejamento eficaz do gasto e a adequada gestão dos limitados recursos disponíveis são imprescindíveis. Para isso, é fundamental que a gestão municipal aproprie-se de metodologia e transforme-a em prática, buscando maior transparência e efetividade do gasto em saúde. No entanto, para que o uso das informações do orçamento público em saúde transforme-se em ferramenta de monitoramento, avaliação e controle dos gestores do SUS é necessário que a base de dados (SIOPS) tenha uma crítica e consistência.

Municípios de pequeno porte, como é o caso de Poconé, talvez não tenham condições de ser eficientes isoladamente, sem contribuição das outras esferas, e se não possuem essas condições, é indispensável dispor dos meios para provê-las. Caberia à SES (e instância estaduais regionalizadas), ao COSEMS e mesmo à Associação Mato-grossense de Municípios apoiarem o município através de medidas que podem auxiliar na luta pela eficiência do serviço público: fortalecimento da institucionalização municipal; capacitação de pessoal visando a melhoria da efetividade dos serviços de saúde; formação de parcerias; formulação e execução de políticas públicas que atendam de fato ao interesse público, entre outras.

O acesso oportuno aos recursos financeiros de transferências é outro fator importante que precisa ser resolvido pelos entes repassadores, pois compromete todo o processo de gestão na execução do planejamento local, já que o município não apresenta reservas financeiras que possam garantir a manutenção durante aquele período. A SES necessita estabelecer formas de previsão e provisão financeira para que não haja a descontinuidade desses repasses.

Por fim, é importante que se constituam mais e novos processos investigativos que avaliem com mais precisão a utilização dos incentivos financeiros, envolvendo atores locais. Estes devem ser voltados para o aprofundamento de questões, problemas, e singularidades detectadas e subsidiar os usuários potenciais: na adequação; na viabilização de política para as possíveis correções; no redirecionamento e reordenamento do programa, planos e processos inovadores de trabalho que viabilizem aos sistemas locais de saúde a possibilidade de se tornarem mais autônomos, efetivos e equânimes para consolidação do SUS.

No campo do conhecimento o tema deve constituir-se em linha de pesquisa da saúde articulando grupos, instituições e tomadores de decisão para que gasto em saúde não se reduza em aspectos administrativo-contábeis.

O pressuposto deste estudo era que a gestão adequada dos incentivos financeiros proporciona uma melhor implementação da estratégia de saúde da família equalizando acesso aos serviços de saúde e reduzindo os indicadores desfavoráveis de Internações Sensíveis à Atenção Primária. Para identificar as razões que estão levando a resultados desfavoráveis sobre os indicadores cabe uma investigação acerca dos problemas de acesso e de qualidade dos serviços prestados na atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, Jun. 2009.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial Rubens Corrêa/RJ.** mai. 2002. 137p. (Dissertação de mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

ALMEIDA, Célia et al. Projeto: **Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**. Rio de Janeiro (Relatório Final), 2003. 258p.

BARROS, Elizabeth. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: **Organização Pan-Americana da Saúde** (OPAS). Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília. cap.1, p.17-71, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 4).

BENBASAT, Iza; GOLDSTEIN, David K.; MEAD, Melissa. **The case research strategy in studies of information systems.** p. 369-386, MIS Quarterly-September, 1987. Disponível em: <http://infosys.coba.usf.edu/rm/Benbasat87-CaseResearch.pdf.> Acesso em: 13 jul. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional n. 29** de 13 de setembro de 2000. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm**>.** Acesso em: 24 fev.2009.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 17 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS**. 1 ed. 7 reimpressão, Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. p.60 (Série Histórica do CNS, n 1 e Série I. História da Saúde no Brasil, n.1).

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3 ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 65p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: **relatório das atividades**: Recife-PE, Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

BRITO, Diralúcia Pereira e MOTA, Lilian Muniz. **Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no estado da Bahia, no ano de 2004**. 2005. 35p.

Monografia (Especialista em Economia na Gestão dos Sistemas de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, p.563-569. 2005. supl. 1.

CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica dos Santos. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, Set. 2006.

CARDOSO**,** Carlos. Accountability e igualdade de oportunidades em educação**. Jornal "a Página",** ano 14, n. 149, Portugal. out. 2005. 6p. Disponível em: <http://www.apagina.pt /arquivo/Artigo.asp?ID=4111>. Acesso em: 21 mai. 2009.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Framework for Program Evaluation in Public Health**. Morbidity and Mortality Weekly Report. Atlanta, Geórgia, v.48, sep. 1999. 49p.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Relatório Final**. As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora: FIOCRUZ. 2008. 216 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. 1 ed. Brasília: CONASS, v.1, 2007. 291p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a pratica na análise da implantação de programas**. 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, cap.2, p. 29-47, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura e financiamento.** 3 ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1999. 215p.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.564-576, set. 2006.

CRUZ, Marly Marques. **Avaliação de programas de prevenção de DST/AIDS para jovens: Estudo de caso numa organização governamental e numa Organização não-governamental do município do Rio de Janeiro**. 2006. 234p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

DENIS, Jean-Louis ; CHAMPAGNE, François. Análise da Implantação. IN: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org). **Avaliação em Saúde**: **dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** 20 ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. cap.3, p. 49-88, 1997.

DONABEDIAN Avedis. The seven pilars of quality. **Arch Pathol Lab Med.** v. 114, p.1115-1118, 1990.

ELIAS, Evelyn; MAGAJEWSKI, Flávio. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-47, dez. 2008.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 159-172, 2008. supl.1

FELISBERTO, Eronildo. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) no programa saúde da família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** 2001**.** 92p**.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ). Recife**.**

FERNANDES, Viviane Braga Lima, et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

FERREIRA, João Carlos Vicente. **Mato Grosso e seus municípios**. Cuiabá: Secretaria de Estado da Educação. p. 559 – 563, 2001.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; VIEIRA da SILVA, Lígia Maria. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA da SILVA, Lígia Maria. **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 4, p. 103 – 150, 2005.

FRIAS, Paulo Germano; LIRA, Pedro Israel Cabral; HARTZ, Zulmira Maria Araújo. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil**.** In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA da SILVA, Lígia Maria (org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap. 5, p.151-197, 2005.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.165 – 181, 2001.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Ligia, et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p.575-625. 2008.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 131 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, et al. Avaliação do programa materno infantil**:** análise da implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (org.). **Avaliação em saúde**: **dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** 20 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.4, p.89-125, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (organizadoras). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275p.

HOLTZMAN, Barbara Starfield. Efetividade e eqüidade em serviços de saúde pela atenção primária em saúde. In: Relatório das atividades. **III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família**. Recife. p.57-67, 2007. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/economia_saude.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

KOZU, Kátia T.; GODINHO, L.T.; MUNIZ ; M.V.F.; CHIARIONI, P. **Mortalidade Infantil: Causas e Fatores de Risco**. Um Estudo Bibliográfico. Disponível em: <http:// www.medstudents.com.br/original/original/mortinf/mortinf.htm>. Acesso em: 02 fev. 2010.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; CARVALHO, Marilia Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set. 2006.

LIMA, Luciana Dias. **Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais**. 2006. 292p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abr. 2007.

LUNA, Stella Maris Malpici. **Perfil dos gestores municipais de saúde de Mato Grosso**. 2006.134p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador.

MACINKO James. Estados Unidos: Estudo da Lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. In: Relatório das atividades. **III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família.** Recife. p.186-192, 2007. Disponível em: <http://200.214.130.35/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.163-171, 2002. Supl.18

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MATO GROSSO (MT). Governo do Estado. Decreto nº 1.169. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, ANO CIX, nº 22828, Cuiabá, MT. 18 fev. 2000.

_____. Governo do Estado. Decreto nº 2.312. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, ANO CIX, nº 23068, Cuiabá, MT. 12 fev. 2001.

_____. Governo do Estado. Decreto nº 765. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, ANO CXII, nº 23642, Cuiabá, MT. 17 jun. 2003.

_____. Governo do Estado. Decreto nº 1.455. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Cuiabá, MT. 17 jul. 2008. p.7. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1455-[1891-120110-SES-MT].pdf.>. Acesso em: 22 jun. 2010.

MATUS, Carlos. Teoria da ação e teoria do planejamento. In: Matus C, organizador. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. p.81-98, 1996.

MEDICI, André Cezar. Gastos com saúde e níveis de saúde. In: MEDICI, André Cezar. **Economia e financiamento do setor de saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, p.17-27, 1994.

MEDINA, Maria Guadalupe, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA da SILVA, Lígia Maria (org.). **Avaliação em Saúde:** Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde. -Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, cap.2, p.41- 63, 2005.

MELAMED, Clarice; COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.393-401 2003.

MENDES, Áquilas Nogueira; MARQUES, Rosa Maria. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. In: **Organização Pan-Americana da Saúde** (OPAS). Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS. Brasília, cap.2, p.71-97, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 4).

MESQUITA, Ana Cleusa Serra**. Comportamento da despesa com investimento no gasto Público em saúde realizado por estados e municípios**. 2008. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/investimento_ana.pdf > Acesso em: 24 jul 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec. 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (org.). **Avaliação por triangulação de métodos.** 20 ed**.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 244p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2091**, de 26 de fevereiro de 1998. Disponível em: **<**http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2091.html>. Acesso em: 21 mai. 2009.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1101**, de 12 de junho de 2002. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 16 jul 2010.

_____. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS**. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v.3, n. 2, p.221-224, abr/jun, 2003.

_____. Saúde no Brasil - **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 306 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Traduzido e adaptado de: CDC/Global AIDS Program. **Monitoring & evaluation capacity building for program improvement field guide**. Version 1, dec. 2003. Brasília: MS, 2005a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={034B6B4C-3A72-4C7A-9DF2-116D39632C3}>

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 21, de 5 de janeiro de 2005. Aprova a relação dos indicadores da Atenção Básica – 2005 a serem pactuados entre Municípios, Estados e Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. 2005b.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, v. 1, 2006a. 76p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília: DATASUS, 2006b. Disponível em: <http://w3.datasus. gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 10 out. 2009.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1229**, de 24 de maio de 2007. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1229-%5B2801-120110-SES-MT %5D.pdf> . Acesso em: 15 jul. 2010.

_____. Gabinete do Ministro. **DOU nº 253**, 30 dez 2008. Portaria nº 3.176, 24 dez. 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planejasus_pt3176_2008.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221. **Diário Oficial da União**. Seção I. p.70. Brasília, DF. 17 abr. 2008b.

MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase.** 2002. 184p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 6, p.041-1052, dez. 2008.

NEMES, Maria Ines Baptistella. **Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001. 28p. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, n 1).

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v 34, n 5, p 547-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Brasília. 2002. 102p. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 4).

PATTON, Michael Quinn. **Utilization-Focused Evaluation**: The New Century Text, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications.1997.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. Willian. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, p.127-140, feb. 1981.

PEREIRA, Ana Tereza da Silva, et al. A sustentabilidade econômico-financeira no PROESF em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodriguez. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **Seminário sobre a economia mineira, XII**, 2006, Diamantina. Anais. Disponível em <http://ideas.repec.org/s/cdp/diam06.html>. Acesso em: 23 mai. 2009.

PINTO, Mara Biasi Ferrari; GONÇALVES, Marcos Flávio R; NEVES, Maria da Graça Ribeiro. Pensando a autonomia municipal: dilemas e perspectivas. **Revista de Administração Municipal,** IBAM, n. 244, Rio de Janeiro, nov/dez. 2003. Disponível

em: http://info.worldbank.org/etools/docs/library/229984/Pinto%20alii.pdf. Acesso em: 29 jul 2010.

POCONÉ, Prefeitura Municipal de. **Portal público**. Disponível em: http://www.pmpocone.com.br. Acesso em: 08 fev. 2010.

_____. Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal nº 891**. Poconé, MT. 22 abr. 1993.

_____. Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal nº 944**. Poconé, MT. 4 abr. 1994.

_____. Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal nº 1411**. Poconé, MT. 12 dez. 2006. Disponível em: < http://www.pmpocone.com.br/atos_oficiais/leis/2006/20070129110451.pdf> . Acesso em: 16 jul. 2010.

_____. Prefeitura Municipal de. **Lei Municipal nº 1435**. Poconé, MT. 12 dez. 2007. Disponível em: <http://www.pmpocone.com.br/atos_oficiais/leis/2007/20080729135434.pdf> . Acesso em: 16 jul. 2010.

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo.** 2008. Disponível em: **<**http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2716>. Acesso em: 18 mai. 2010.

ROCHA, Paulo de Medeiros, et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p. 69-78, 2008. supl.1.

SANTOS, Elizabeth Moreira, et al. **Avaliação do grau de implementação do programa de controle de transmissão vertical do HIV em maternidades do "Projeto Nascer"**, Rio de Janeiro, set. 2008. 67p.

SCATENA João Henrique; TANAKA, Oswaldo Y. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health**, v. 8, n. 4, p.242-249, 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº 002/98,** 17 fev. 1998. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/13-06-2008_rescib00298.doc.>. Acesso em: 30 abr. 2010.

_____. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução CIB nº 041/99**, 3 dez. 1999. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/cib/resolucao/13-06-2008_rescib04199.doc>. Acesso em: 22 jun. 2010.

_____. **Saúde em Números 4 – 1998**: Sistema de Informação em Saúde. 3 ed. revisada. Cuiabá: SES. 2000, 145p.

_____. Gabinete do Secretário. Portaria nº 26. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso**, Cuiabá, MT. 13 fev. 2001. p.14-15.

_____. Gabinete do Secretário. Portaria nº 49. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso,** Cuiabá, MT. 13 mai. 2002. p.13-14.

_____. Gabinete do Secretário. Portaria nº 106. **Diário Oficial do Estado de Mato** Grosso**,** Cuiabá, MT. 18 jun. 2003. p.31-32.

_____. Gabinete do Secretário. Portaria nº 113. **Diário Oficial do Estado de Mato** Grosso**,** ANO CIX, nº 24893, Cuiabá, MT. 8 ago. 2008. p. 23-24. Disponível em:< http: //www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/113-[646-120110-SES-MT].pdf>.Acesso em: 22 jun.2010.

_____. Gabinete do Secretário. Portaria nº 84. **Diário Oficial do Estado de Mato** Grosso**,** Cuiabá, MT. 3 mai. 2010. p.40-44. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/084-[3399-060510-SES-MT].pdf>. Acesso em: 22 jun. 2010.

_____. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária. **Instrumento de monitoramento e avaliação da estratégia saúde da família/atenção primária em Mato Grosso**, Cuiabá, MT. 2009. 48p. (mimeo)

SILVA, Keila Silene de Brito et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 373-382, Fev. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem. O sistema público de saúde brasileiro. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, 2002, São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque 828.pdf >. Acesso em: 04 jun. 2009.

SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. A**valiação do SIOPS e cumprimento da EC nº29/2000 em Pernambuco.** Anais - VIII Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES, São Paulo, 2007. Disponível em: < http://www.abresbrasil.org.br/pdf/09.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2010.

SPINELLI, Maria Angélica; SILVA, Maria Anunciação; Duarte, ELISETE. **O programa saúde da família em municípios de pequeno e médio porte de Mato Grosso 2005-2006**. Cuiabá: FAPEMAT (Relatório Final da Pesquisa), 2008. 95p.

TAGLIETTA, Moisés Francisco Baldo. **Avaliação da implantação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/AIDS e outras DST em dois municípios do estado de São Paulo.** 2006. 85p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

TRAVASSOS Claudia; MARTINS Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 20, p.190-198, 2004. Supl. 2.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez, et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.417-437, 2003.

UGA, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1597-1609, ago. 2006.

VELOSO, Renata Campolina; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no estado de Minas Gerais. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 12, n. 3, p.238-243, jul/set. 2009.

VIEIRA da SILVA, Lígia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas**. Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.80-91, jan/mar. 1994.

VIEIRA da SILVA, Lígia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo; VIEIRA da SILVA, Lígia Maria. **Avaliação em Saúde: Dos modelos conceituais à prática na análise de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275p.

VIEIRA da SILVA, Lígia Maria, et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.355-370, fev. 2007.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008.

VUORI, Hannu. **Estratégia para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**. Seminário de avaliação dos serviços de saúde – aspectos metodológicos. OPAS. Escola Nacional de Saúde Pública. Traduzido por: Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro. nov. 1988.

WORTHEN, Blaine R., SANDERS, James R., FITZPATRICK, Jody L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** Traduzido por: Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004. 736 p.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** Traduzido por: Daniel Grassi. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ANEXOS

ANEXO 1 - Matriz de relevância de critérios/indicadores dos contextos político-organizacional e externo

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Valor do indicador ou critério										Relevância			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R	RR	RRR	NS
Contexto político-organizacional	Autonomia político, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde	Prática de planejamento situacional local de saúde														
			Planejamento é regular e utilizado como instrumento de gestão														
			Realização de conferências municipais de saúde regulares e suas propostas contempladas no PMS														
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico, agenda de prioridades e proposições da conferência municipal de saúde e executado conforme planejado.														
			Atenção básica é explicitada como prioridade no PMS e no discurso dos entrevistados														
			No PMS há coerência entre problemas priorizados e ações propostas														
			Participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS														
			Pactuação/acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica														
			Relatório de Gestão elaborado anualmente e a resolução de aprovação do CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.														
			Inclusão de discussão e aprovação do relatório de gestão em ata do CMS														
			Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão														
		Execução financeira	Recurso orçamentário e financeiro garantido para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOA)** conforme PMS														
			% orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%)														
			Transferências de recursos exclusivamente municipais para o FMS														
			Gastos per capita em R$ com saúde ≥ R$ 150,00 ([1])														
			Transferências de recursos estaduais para o FMS														
			Transferências de recursos da União para o FMS														
			Transferências de recursos da união para a atenção básica														
			Transferências de recursos estaduais para a atenção básica														
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município														
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pela União ao município														

	Governabilidade	Autonomia financeira	Secretária com autonomia para utilização dos recursos municipais																
			Secretária com participação na gestão do recurso da saúde																
			SMS com comissão para realizar processos licitatórios																
			Existência de um profissional responsável pela parte financeira do FMS																
			SIOPS (*) alimentado e atualizado																
			Prestação de contas no Tribunal de Contas do Estado realizado anualmente																
			Inclusão de prestação de contas dos gastos em ata do Conselho Municipal de Saúde;																
	Capacidade técnico-gerencial	Capacidade técnica de gestão	Experiência acumulado pelo dirigente																
			Formação na área de saúde coletiva do dirigente																
			Concepção do gestor de um sistema de saúde local universal e de qualidade																
			Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde e explicitada no discurso dos entrevistados																
			Profissionais contratados (concurso, tempo determinado)																
			Profissionais qualificados em sua área de atuação por categoria profissional.																
Contexto externo	Vulnerabilidade social	Condições sócio-econômicas	População atendida com energia elétrica																
			Domicílios com abastecimento de água																
			Domicílios com esgotamento sanitário																
			Domicílios com destino adequados do lixo																
			Distribuição demográfica (urbana e rural)																
			Percentual de Pobreza (% famílias com até ½ sm renda per capita)																
			Percentual de Baixa Escolaridade (% pessoas > 15 anos com até 3 anos de escolaridade)																
			Índice de Desenvolvimento Humano																

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; NS: não sabe informar; (*) SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde ; (**) Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei de Orçamentária Anual; (¹) Vieira da Silva et. al, 2007)

ANEXO 2 - Matriz de relevância de critérios/indicadores do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Valor do indicador ou critério										Relevância			
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	R	RR	RRR	NS
Contexto interno	Conformidade	Disponibilidade	% de cobertura de equipes de saúde da família existente;														
			Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS;														
			Dispor de estrutura física adequada para as equipes de SF (UBS)														
			Fornecer equipamentos básicos necessários														
			Fornecer insumos básicos necessários														
			Fornecer medicamentos básicos														
			Garantir sistemas de informação implantados e funcionando														
			Garantir transporte para as equipes de Saúde da Família														
			Existência de apoio diagnóstico e terapêutico de referência;														
			Existência de referência para consultas especializadas														
			Existência de referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas														
			Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão no nível local														
			Existência de planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica e M&A dos indicadores da AB														
	Conformidade	Oportunidade	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS em tempo oportuno;														
			Existência de estrutura física disponível de forma oportuna;														
			Equipamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna														
			Insumos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna														
			Medicamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna														
			Veículo para transporte da ESF (próprio, cedido ou contratado) disponível de forma oportuna.														
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência disponível em														

			tempo oportuno															
			Referência para consultas especializadas disponível em tempo oportuno															
			Referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas disponível em tempo oportuno															
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica realizado em tempo oportuno para a execução.															
	Conformidade	Qualidade técnica	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS conforme metodologia preconizada;															
			Estrutura física construída atendendo as normas técnicas															
			Equipamentos básicos atendendo as normas técnicas															
			Insumos básicos atendendo as normas técnicas															
			Medicamentos básicos atendendo as normas técnicas															
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência oferecido de atendendo as normas técnicas estabelecidas															
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores e programação de ações a partir do diagnóstico de saúde da área.															

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; NS: não sabe informar

ANEXO 3 - Matriz de pontuação e comparação dos critérios/indicadores do contexto político-organizacional

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Relevância por examinador				Ponto por examinador			
				1	2	3	Media	1	2	3	Media
Contexto político-organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde	Prática de planejamento situacional local de saúde	RRR	RRR	RRR	RRR	7	10	9	9
			Planejamento é regular e utilizado como instrumento de gestão	RRR	RR	RR	RR	10	8	8	9
			Realização de conferências municipais de saúde regulares e suas propostas contempladas no PMS	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico, agenda de prioridades e proposições da conferência municipal de saúde e executado conforme planejado.	RR	RRR	RRR	RRR	9	9	9	9
			Atenção básica é explicitada como prioridade no PMS		RRR	RRR	RRR		9	9	9
			No PMS há coerência entre problemas priorizados e ações propostas		RRR	RR	RRR		10	8	9
			Participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS	RRR	RR	RRR	RRR	10	8	9	9
			Pactuação/acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica		RR	RR	RR		9	8	9
			Relatório de Gestão elaborado anualmente e a resolução de aprovação do CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.	RR	RR	RR	RR	6	7	8	7
			Inclusão de discussão e aprovação do relatório de gestão em ata do CMS	RR	R	RRR	RR	9	6	9	8
			Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
		Execução financeira	Recurso orçamentário e financeiro garantido para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOAS) conforme PMS		RRR	RRR	RRR		9	10	10
			% orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%)	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Transferências de recursos exclusivamente municipais para o FMS		RRR	RRR	RRR		10	9	10
			Gastos per capita em R$ com saúde (≥ R$ 150,00; < 150,00) ([1])		RR	RRR	RRR		8	10	9
			Transferências de recursos estaduais para o FMS		RR	RRR	RRR		8	9	9
			Transferências de recursos da União para o FMS		RR	RRR	RRR		8	9	9
			Transferências de recursos estaduais para a atenção básica		RRR	RRR	RRR		10	9	10
			Transferências de recursos da União para a atenção básica		RRR	RRR	RRR		10	9	10
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município	RRR	RRR	RRR	RRR	10	10	9	10
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pela União ao município	RRR	RRR	RRR	RRR	10	10	9	10

	Governabilidade	Autonomia financeira	Secretária com autonomia para utilização dos recursos municipais	RRR	RRR	RRR	RRR	10	10	9	10
			Secretária com participação na gestão do recurso da saúde	RR	RRR	RRR	RRR	7	10	9	9
			SMS com comissão para realizar processos licitatórios	RRR	RR	RR	RR	10	8	8	9
			Existência de um profissional responsável pela parte financeira do FMS	RR	RR	RR	RR	7	7	8	7
			Alocação de recursos suficientes para as atividades programadas	RR	RRR	RRR	RRR	7	9	9	9
			SIOPS (*) alimentado e atualizado	RRR	RR	RRR	RRR	10	8	9	9
			Prestação de contas no Tribunal de Contas do Estado realizado anualmente	RR	RRR	RR	RR	7	9	8	8
			Inclusão de prestação de contas dos gastos em ata do Conselho Municipal de Saúde;	RR	RRR	RR	RR	9	8	8	8
	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	Experiência acumulado pelo dirigente	RR	RRR	RR	RR	9	10	8	9
			Existência de lideranças comprometidas com o setor saúde	RRR	RRR	R	RRR	10	10	8	9
			Formação na área de saúde coletiva do dirigente	RR	RR	RR	RR	9	8	8	8
			Concepção do gestor de um sistema de saúde local universal e de qualidade	RRR	RRR	RRR	RRR	10	10	9	10
			Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde e explicitada no discurso dos entrevistados	RR	RRR	RRR	RRR	8	10	9	9
			Profissionais contratados (concurso, tempo determinado)	RR	RRR	RRR	RRR	9	9	9	9
			Profissionais qualificados em sua área de atuação por categoria profissional.	RR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	10

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; NS: não sabe informar; (*) SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; (**) Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei de Orçamentária Anual; ([1]) Vieira da Silva et. al, 2007

ANEXO 4 - Matriz de pontuação e comparação de critérios/indicadores do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Pontuação por examinador							
				1	2	3	Média	R	RR	RRR	Média
Contexto interno	Conformidade	Disponibilidade	% de cobertura de equipes de saúde da família existente;		RRR	RRR	RRR		9	9	9
			Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS;	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Dispor de estrutura física adequada para as equipes de SF (UBS)	RR	RRR	RRR	RRR	8	9	9	9
			Fornecer equipamentos básicos necessários	RR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Fornecer insumos básicos necessários	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Fornecer medicamentos básicos	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Garantir sistemas de informação implantados e funcionando	RRR	RRR	RRR	RRR	9	9	9	9
			Garantir transporte para as equipes de Saúde da Família		RRR	RR	RRR		8	8	8
			Existência de apoio diagnóstico e terapêutico de referência;	RR	RRR	RRR	RRR	9	9	9	9
			Existência de referência para consultas especializadas	RR	RRR	RRR	RRR	8	9	9	9
			Existência de referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas	RR	RRR	RRR	RRR	8	8	9	8
			Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão no nível local		RRR	RRR	RRR		9	10	10
			Existência de planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica e M&A dos indicadores da AB	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
	Conformidade	Oportunidade	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS em tempo oportuno;	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Existência de estrutura física disponível de forma oportuna;	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Equipamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Insumos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna		RRR	RRR	RRR		9	9	9
			Medicamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna		RRR	RRR	RRR		9	9	9
			Veículo para transporte da ESF (próprio, cedido ou contratado) disponível de forma oportuna.		RRR	RR	RRR		8	8	8
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência disponível em tempo oportuno	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Referência para consultas especializadas disponível em tempo oportuno	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Referência hospitalar para atendimento das clínicas básicas disponível	RRR	RRR	RRR	RRR	10	8	9	9

			em tempo oportuno								
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica realizado em tempo oportuno para a execução.	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
	Conformidade	Qualidade técnica	Profissionais contratados, capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS conforme metodologia preconizada;		RRR	RRR	RRR		8	9	9
			Estrutura física construída atendendo as normas técnicas	RR	RRR	RRR	RRR	7	9	9	8
			Equipamentos básicos atendendo as normas técnicas	RR	RRR	RRR	RRR	9	9	9	9
			Insumos básicos atendendo as normas técnicas	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Medicamentos básicos atendendo as normas técnicas	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Apoio diagnóstico e terapêutico de referência oferecido de atendendo as normas técnicas estabelecidas	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores e programação de ações a partir do diagnóstico de saúde da área.	RRR	RRR	RRR	RRR	10	9	9	9

Legenda: RRR: muito relevante; RR: relevante; R: pouco relevante; NS: não sabe informar

ANEXO 5

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP

A Ilmª. Srª. Ilma Regina Figueiredo Arruda

MD. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POCONÉ

Cuiabá, 13 de julho de 2009.

A Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, está ministrando o curso de "Mestrado Profissionalizante em Avaliação em Saúde", tendo como objetivo desenvolver a capacidade avaliativa dos profissionais de saúde tomando como objeto de reflexão os programas de controle de processos endêmicos. A proposta desse curso envolve basicamente duas dimensões: as dimensões sócio-histórica e técnico-operacional da avaliação, que são tratados neste como os eixos teórico-práticos. A primeira dimensão refere-se à discussão dos contextos socioeconômico e institucional nos quais os programas são desenvolvidos; e a segunda, ao instrumental teórico-prático disponível para a constituição de sistemas de monitoramento e avaliação (M&A).

Neste sentido os alunos do curso têm como produto final, a produção de uma dissertação em que demonstrem o domínio do objeto de estudo, bem como sua capacidade de planejamento e execução de uma pesquisa operacional que resulte em um produto que contribua para a melhoria da capacidade de gestão e organização do Sistema de Saúde.

Dentre os projetos apresentados à Coordenação do Curso está a proposta de desenvolver a pesquisa: "Avaliação da Implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito em nível local no estado de Mato Grosso" e tem como objetivo: Avaliar a implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito do SUS/MT em um município mato-grossense, estando o seu município como de interesse nesta avaliação.

Diante disto, para que o trabalho possa ser efetivado dentro do esperado, vimos solicitar autorização de V. Sª. para a realização dessa pesquisa nesse município, ressaltando que a pesquisa implica em entrevistas com alguns atores-chave do Sistema Único de Saúde local, bem como levantamento e análise de documentos técnicos e administrativos relativos ao SUS (Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Relatório de Prestação de Contas, etc.). Ressaltamos também que nem os entrevistados ou o município sofrerão qualquer tipo de constrangimento ou sanção por participar, ou não, da pesquisa.

Informamos ainda que a mestranda ficará responsável pela referida pesquisa, ficando à disposição para dar todas as informações/explicações necessárias para que todo o processo ocorra de acordo com o aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP – FIOCRUZ e com o termo de anuência emitido por esse município.

Essa pesquisa representa importante processo de fortalecimento da área de monitoramento e avaliação no nível local, bem como a melhoria dos programas de saúde do município.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários pelo fone/fax 36136538.

Atenciosamente

Gilce Maynard Buogo Gattas
Mestranda ENSP/FIOCRUZ

TERMO DE ANUÊNCIA DO GESTOR MUNICIPAL DE POCONÉ

Eu, _____, secretária municipal de saúde do município de Poconé - MT, declaro ter entendido os esclarecimentos, tenho interesse e concordo voluntariamente em incluir o município na pesquisa "Avaliação da Implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito em nível local no estado de Mato Grosso"e comprometendo-me a disponibilizar as informações necessárias.

_____, ____ de julho de 2009.

_____

Assinatura do Gestor

ANEXO 6 - Matriz de análise do contexto político-organizacional

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Categorização	Ponto corte	MRA	PMA	PME	PO
Contexto político-organizacional	Autonomia política, administrativa e financeira.	Planejamento das ações de saúde	Prática de planejamento situacional local de saúde	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			Planejamento realizado de forma regular e utilizado como instrumento de gestão	Sim	1	2	9	18	
				alguns	0,5	2	4,5		9
				Não	0				
			Planejamento realizado de forma regular	Sim	0,5				
				Não	0				
			Planejamento é utilizado como instrumento de gestão	Sim	0,5				
				Não	0				
			Realização de conferências municipais de saúde regulares e suas propostas contempladas no PMS	Sim	1	3	9	27	18,9
				Não	0				
			Realização de conferências municipais de saúde regulares	Sim	0,5	3	4,5		(13,5)
				Não	0				
			Realização de conferências municipais de saúde e suas propostas contempladas no PMS	todas	0,5				
				algumas	0,2	3	1,8		(5,4)
				nenhuma	0				
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico, agenda de prioridades e proposições da conferência municipal de saúde e executado conforme planejado.	Todo	1	3	9	27	
				em parte	0,4 a 0,8	3	7,2		21,6
				nada	0				
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado	Sim	0,2	3	1,8		(5,4)
				Não	0				
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base o perfil epidemiológico	Sim	0,2	3	1,8		(5,4)
				Não	0				
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado com agenda de prioridades	Sim	0,2				
				Não	0	3	0		(0)
			Plano Municipal de Saúde - PMS elaborado tendo como base as proposições da conferência municipal de saúde	Sim	0,2	3	1,8		(5,4)
				Não	0				
			Plano Municipal de Saúde - PMS executado conforme planejado.	Sim	0,2	3	1,8		(5,4)
				Não	0				
			Atenção básica é explicitada como prioridade no PMS	Sim	1	3	9	27	
				Não	0				0

			No PMS há coerência entre problemas priorizados e ações propostas	Sim	1	3	9	27	
				Não	0				0
			Participação do CMS na elaboração e aprovação do PMS	Sim	1	3	9	27	
				Não	0	3	0		0
			Participação do CMS na elaboração	Sim	0,5				
				Não	0				
			Participação do CMS na aprovação do PMS	Sim	0,5				
				Não	0				
			Pactuação/acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica	Sim	1	2	9	18	18
				Não	0				
			Pactuação das metas dos indicadores da atenção básica	Sim	0,5				
				Não	0				
			Acompanhamento das metas dos indicadores da atenção básica	Sim	0,5				
				Não	0				
			Relatório de Gestão elaborado anualmente e a resolução de aprovação do CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.	Sim	1	2	7	14	
				em parte	0,5	2	3,5		7
				Não	0				
			Relatório de Gestão elaborado anualmente	Sim	0,5	2	3,5		(7)
				Não	0				
			Resolução de aprovação do relatório de gestão no CMS enviada ao Colegiado de Gestão Regional/Estadual.	Sim	0,5				
				Não	0				
			Inclusão de discussão e aprovação do relatório de gestão em ata do CMS	Sim	1	2	8	16	16
				Não	0				
			Inclusão de discussão do relatório de gestão em ata do CMS	Sim	0,5	2	4		(8)
				Não	0				
			Inclusão de aprovação do relatório de gestão em ata do CMS	Sim	0,5	2	4		(8)
				Não	0				
			Profissionais sentem-se participantes do processo de gestão	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			Total da Sub-dimensão					255	144,5

Contexto político-organizacional	Autonomia. política, administrativa e financeira	Execução financeira	Recurso orçamentário e financeiro garantidos para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOA)** conforme PMS	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Recurso orçamentário garantido para a saúde na LDO** conforme PMS	Sim	0,5	3	5		(15)
				Não	0				
			Recurso financeiro garantido para a saúde na LOA** conforme PMS	Sim	0,5	3	5		(15)
				Não	0				
			Transferências de recursos exclusivamente municipais para o FMS	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			% orçamento base EC-29 aplicado em saúde (pelo menos 15%) ([1])	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			Gastos per capita em R$ com saúde ≥ R$ 150,00 ([1])	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Transferências de recursos estaduais para o FMS	no prazo	1	3	9	27	
				fora do prazo	0,5	3	4,5		13,5
			Transferências de recursos da União para o FMS	no prazo	1	3	9	27	27
				fora do prazo	0,5				
			Transferências de recursos da união para a atenção básica	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Transferências de recursos estaduais para a atenção básica	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pelo Estado ao município	no prazo	1	3	10	30	
				fora do prazo	0,5	3	5		15
			Recursos de incentivo específico ao PSF transferidos pela União ao município	no prazo	1	3	10	30	30
				fora do prazo	0,5				
			Total da Sub-dimensão					291	262,5
	Governabilidade	Autonomia financeira	Secretária com autonomia para utilização dos recursos municipais	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Secretária com participação na gestão do recurso da saúde	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			SMS com comissão para realizar processos licitatórios	Sim	1	2	9	18	
				Não	0	2			0
			Existência de um profissional responsável pela parte financeira do FMS	Sim	1	2	7	14	
				Não	0	2			0
			SIOPS (*) alimentado e atualizado	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			SIOPS (*) alimentado	Sim	0,5				

				Não	0				
			Prestação de contas no Tribunal de Contas do Estado realizado anualmente	Sim	1	2	8	16	16
				Não	0				
			Inclusão de prestação de contas dos gastos em ata do Conselho Municipal de Saúde	Sim	1	2	8	16	16
				Não	0				
			Total da Sub-dimensão					148	116
	Capacidade técnica-gerencial	Capacidade técnica de gestão	Experiência acumulado pelo dirigente	≥ 3 anos	1	2	9	18	18
				< 3 > 1 anos	0,5				
				< 1 ano	0				
			Formação na área de saúde coletiva do dirigente	Sim	1	2	8	16	16
				Não	0				
			Concepção do gestor de um sistema de saúde local universal e de qualidade	Sim	1	3	10	30	30
				Não	0				
			Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde explicitada no discurso do gestor	Sim	1	3	9	27	
				Não	0				0
			Profissionais das ESF contratados	Concurso	1	3	9	27	
				Tempo determ.	0,5	3	4,5		13,5
			Profissionais da administração qualificados em sua área de atuação por categoria profissional.	Todos	1	3	10	30	
				a maioria	0,5		5		
				poucos	0,2	3	2		6
				nenhum	0				
			Total da Sub-dimensão					146	83,5
			Total da Dimensão					842	606,5

Legenda: MRA - Média Relevância Atribuída; PMA - Pontuação Média Atribuída; PME - Pontuação Máxima Esperada; PO – Pontuação Obtida

ANEXO 7 - Matriz de análise do contexto interno

Contexto	Dimensão	Sub-dimensão	Critérios/indicadores	Categorização	Ponto corte	MRA	PMA	PME	PO
Contexto interno	Conformidade	Disponibilidade	% de cobertura de equipes de saúde da família	≥ 80%	1	3	9	27	27
				≥20 a < 80%	0,5				
				< 20%	0				
			Profissionais capacitados por categoria profissional das ESF nos cursos: introdutório e curso básico para ACS	Td os prof.	1	3	9	27	
				poucos	0				0
			Curso introdutório	Equipe	0,5				
				Enfermeiro	0,1				
				Médico	0,1				
				ACS	0,1				
			Curso básico para ACS	ACS	0,2				
			Dispor de estrutura física adequada para as equipes de SF (UBS)	ótima	1	3	9	27	
				boa	0,5		4,5		
				regular	0,3	3	2,7		8,1
				ruim	0				
			Fornecer equipamentos básicos necessários	ótimo	1	3	9	27	
				bom	0,5				
				regular	0,3	3	2,7		8,1
				ruim	0				
			Fornecer insumos básicos necessários	ótimo	1	3	9	27	
				bom	0,5	3	4,5		13,5
				regular	0,3				
				ruim	0				
			Fornecer medicamentos básicos	ótimo	1	3	9	27	
				bom	0,5	3	4,5		13,5
				regular	0,3				
				ruim	0				
			Sistemas de informação implantados e funcionando	Sim	1	3	9	27	27
				Não	0				
			Sistemas de informação implantados	Sim	0,5				
				Não	0				
			Garantir transporte para as equipes de Saúde da Família	suficiente	1	3	8	24	
				insuficiente	0,5	3	4		12

			Existência de apoio diagnóstico e terapêutico de referência;	todas	1	3	9	27	27
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			Existência de referência para consultas especializadas	todas	1	3	9	27	27
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			Existência de referência hospitalar para atendimento nas clínicas básicas	todas	1	3	8	24	24
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			Utilização dos dados dos sistemas de informação para monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão no nível local	todas	1	3	10	30	30
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			Existência de planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica e M&A dos indicadores da AB	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5				
				poucas	0	3	0		0
			A equipe tem um planejamento de ações e oferta de serviços	todas	1				
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			A equipe executa o planejado	todas	1				
				maioria	0,5				
				poucas	0				
			Total da Sub-dimensão					348	217,2
	Conformidade	Oportunidade	Profissionais capacitados por categoria das ESF nos cursos: introdutório e curso básico para ACS em tempo oportuno;	Sim	1	3	9	27	
				Não	0	3	0		0
			Curso introdutório oferecido para as equipes de saúde da família em tempo oportuno;	antes atividades	0,5				
				até 6 meses	0,25				
				> 6 meses	0,1				
				não oferecido	0				
			Curso básico para ACS oferecido em tempo oportuno;	até 3 anos	0,5				
				≥3 <6 anos	0,25				
				>6 anos	0,1				
				não oferecido	0				

Contexto interno	Conformidade	Oportunidade	Equipamentos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5	3	4,5		13,5
				poucas	0				
			Insumos básicos adquiridos e disponíveis de forma oportuna	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5	3	4,5		13,5
				poucas	0				
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores, informação básica realizado em tempo oportuno para a execução.	mensal	1	3	9	27	
				semestral	0,5				
				anual	0,2				
				não faz	0	3	0		0
			Total da Sub-dimensão					108	27
	Conformidade	Qualidade técnica	Profissionais capacitados por categoria profissional das equipes de saúde da família nos cursos: introdutório e curso básico para ACS conforme metodologia preconizada;	todos	1	3	9	27	
				maioria	0,5				
				poucos	0				0
			Curso introdutório	Eq.(S)	1				
				Eq.(N)	0				
				Med. (S)	1				
				Med. (N)	0				
				Enferm. (S)	1				
				Enferm. (N)	0				
				ACS (S)	1				
				ACS (N)	0				
			Curso básico para ACS	Sim	1				
				Não	0				
			Equipamentos básicos adquiridos de acordo com as normas técnicas	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5	3	4,5		13,5
				poucas	0				
			Medicamentos básicos adquiridos de acordo com as normas técnicas	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5	3	4,5		13,5
				poucas	0				
			Planejamento das atividades: objetivos, metas, indicadores e programação de ações a partir do diagnóstico de saúde da área.	todas	1	3	9	27	
				maioria	0,5				
				poucas	0	3	0		0
			Total da Sub-dimensão					108	27
			Total da Dimensão					564	271,2

Legenda: MRA - Média Relevância Atribuída; PMA - Pontuação Média Atribuída; PME - Pontuação Máxima Esperada; PO – Pontuação Obtida

ANEXO 8

FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MUNICÍPIO: _____. DATA: ____/____/____.

CÓDIGO: 510650

1. ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU COM O RESPONSÁVEL PELAS APLICAÇÕES FINANCEIRAS DO MUNICÍPIO

NOME DO ENTREVISTADO: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA:_____

CARGO: _____

1 Há quanto tempo exerce esse cargo?

2 Já esteve nesse cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

3 Já exerceu outros cargos no serviço público? Qual? Onde?

4 Como foi a sua indicação para esse cargo (atual)?

5 Em sua opinião: Quais os fatores que interferem positiva na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

6 E quais os fatores que interferem negativamente na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

7 Em sua opinião, o quadro de técnicos existente na Secretaria de Saúde é adequado às necessidades do sistema municipal?

Se não, onde está a deficiência?

8 Os técnicos são qualificados em suas áreas de atuação?

9 Quais os instrumentos de gestão utilizados no município:

( ) Agenda de Saúde/agenda de prioridades;

( ) Plano Municipal de Saúde (PMS);

( ) Plano Plurianual – PPA;

( ) Programação Pactuada Integrada – PPI;

( ) Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO;

( ) Lei Orçamentária Anual –LOA;

( ) Relatório de Gestão;

( ) Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.

10 Como se dá a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)? (conferências, reuniões: ONG, profissionais de saúde, levantamento situacional local, etc.)

11 Quais as facilidades e dificuldades para implementar a PMS?

12 A SMS monitora as metas e indicadores estabelecidos no PMS? Se sim, como? Se não, por quê?

13 Como se dão as Conferências Municipais de Saúde?

14 Em sua opinião o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é atuante?

15 Em sua opinião, quais as funções que o CMS exerce em seu município? (tem capacidade de decisão política; define as prioridades de saúde da administração municipal; possui estratégias de acompanhamento dos trabalhos da SMS; fiscaliza a gestão do fundo municipal de saúde; aprova programação físico-orçamentária).

16 A SMS participa da elaboração da proposta orçamentária para a saúde do município? Se sim, como? Se não, por quê?

17 Recursos orçamentários e financeiros são garantidos para a saúde nas leis orçamentárias municipais (LDO e LOA) conforme PMS?

18 A SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, quem define?

19 A SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, quem aplica?

20 O secretário de saúde é o ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, quem é?

21 Há um profissional responsável pelo acompanhamento financeiro do FMS?

22 Em sua opinião a forma de repasse dos incentivos dificulta a aplicação do mesmo?

23 Em sua opinião, quais os fatores positivos ou negativos que interferem na consolidação do programa de incentivo dado pelo governo estadual à ESF?

24 O(A) Sr(Srª) acompanha a movimentação e execução financeira dos recursos transferidos pelo estado ao fundo de saúde municipal pelo programa de incentivo estadual à ESF?

25 Normalmente em que são aplicados os recursos do Piso Atenção Básica (PAB) variável? E os incentivos do estado?

26 Como são definidas as necessidades e o quantitativo de materiais de consumo, equipamentos, medicamentos entre outras necessidades para aquisição? Qual a periodicidade de abastecimento? Como se dá o levantamento das necessidades?

27 A SMS realiza a licitação nas compras de materiais de consumo, equipamentos, medicamentos entre outras necessidades? Se não, por quê? Quem realiza?

28 Existe uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população?

29 Qual a sua opinião sobre o pacto de indicadores para atenção básica? (considera mais um documento formal do Ministério da Saúde, não vendo maiores benefícios para sua gestão e município; considera um documento que poderá utilizar para acompanhar e avaliar as ações em seu município).

30 A SMS acompanha as metas dos indicadores pactuados para atenção básica?

31 Em sua opinião, o SUS municipal tem garantido, em todos os níveis de assistência (baixa, média ou alta complexidade), dentro ou fora do mesmo, as ações de promoção, proteção, cura, reabilitação; respeitando à integridade biopsicossocial do cidadão?

ANEXO 9

FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MUNICÍPIO: _____. DATA: ____/____/____.
CÓDIGO: 510650

1. ENTREVISTA COM O PRESIDENTE OU REPRESENTATE LEGAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS).

NOME DO ENTREVISTADO: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

CARGO: _____

1 Quanto tempo exerce esse cargo?

2 Já esteve no cargo anteriormente? Quando? Por quanto tempo?

3 Já exerceu outros cargos no serviço público? Qual? Onde?

4 Como foi a sua indicação para esse cargo (atual)?

5 Em sua opinião, a saúde é uma prioridade no seu município? Por quê?

6 Em sua opinião: Quais os fatores que interferem positivamente na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

7 E quais os fatores que interferem negativamente na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

8 O CMS participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se sim, como se dá esta participação?

9 Em sua opinião, as propostas da Conferência são respeitadas na elaboração do PMS? Se não, por quê?

10 Em sua opinião os indicadores de Atenção Básica estão incluídos no conjunto de prioridades do PMS? Se não, por quê?

11 O(a) Sr(a) sabe informar se o PMS passa pelo CMS para parecer e aprovação? Se não, por quê?

12 O(a) Sr(a) sabe informar se o CMS monitora as metas e indicadores estabelecidos no PMS? Se sim, o(a) senhor(a) sabe como ocorre esse monitoramento? Se não, sabe dizer por quê?

13 Em sua opinião o CMS é atuante?

14 O(a) Sr(a) sabe relacionar quais as funções que o CMS exerce em seu município? (tem capacidade de decisão política; define as prioridades de saúde da administração municipal; possui estratégias de acompanhamento dos trabalhos da SMS; fiscaliza a gestão do fundo municipal de saúde; aprova critérios e programação físico-orçamentária).

15 Em sua opinião o CMS tem o apoio do Secretário Municipal de Saúde e suas resoluções são acatadas pelo executivo?

16 O(a) Sr(a) tem conhecimento se o CMS participa da elaboração do relatório de gestão anual?

17 O(a) Sr(a) considera que o município possui uma rede de serviços de saúde?

18 O(a) Sr(a) considera que o município possui referências e contra-referências estabelecidas e respeitadas?

19 O(a) Sr(a) tem conhecimento se o CMS acompanha os sistemas de informação implantados no município?

20 O(a) Sr(a) tem conhecimento se o CMS participa na elaboração da proposta orçamentária para a saúde do município? Se sim, como? Se não, sabe as razões?

21 Em sua opinião, o Conselho entende que a SMS possui autonomia para definição de necessidades financeiras? Se não, sabe quem define?

22 Em sua opinião, o Conselho entende que a SMS possui autonomia para aplicação dos recursos financeiros? Se não, sabe quem aplica?

23 Em sua opinião, o Conselho percebe o secretário de saúde como ordenador de despesas referentes à execução dos recursos específicos da saúde? Se não, sabe quem é?

24 O(a) Sr(a) sabe se os recursos do incentivo estadual financiam o desenvolvimento das atividades das equipes de saúde da família?

25 Em sua opinião, quais os fatores positivos ou negativos que interferem na consolidação do programa de incentivo dado pelo governo estadual à ESF?

26 O(a) Sr(a) sabe se o CMS acompanha a movimentação e execução financeira do fundo de saúde, dos recursos transferidos pelo estado ao município pelo programa de incentivo estadual à ESF?

27 O(a) Sr(a) sabe se o CMS participa da definição de estratégias de organização dos serviços de saúde no município?

ANEXO 10

FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MUNICÍPIO: Poconé DATA: ____/____/2010.
CÓDIGO: 510650

1. ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO E/OU MÉDICO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA

NOME DO ENTREVISTADO: _____
FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

1 A saúde é uma prioridade no município onde você atua?

( ) Sim ( ) Não

1.1 Por quê?

.....

.....

2 Em sua opinião: Quais os fatores que interferem positivamente na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

.....

.....

E quais os fatores que interferem negativamente?

.....

.....

3 Em sua opinião, há influência política na gestão/administração do sistema municipal de saúde?

( ) Sim ( ) Não

3.1 Se sim, explique como:.....

.....

4 O(a) Sr(a) participa da pactuação das metas para os indicadores da atenção básica?

( ) Sim ( ) Não

5 O(a) Sr(a) conhece os indicadores pactuados pela SMS?

( ) Sim ( ) Não

5.1 Se sim, como são utilizados em seu trabalho?.....

.....

6 Em sua opinião, como são definidas as prioridades e metas do Plano Municipal de Saúde (PMS)?

.....

7 Qual sua opinião sobre o pacto de indicadores para atenção básica?

( ) considera um documento formal do Ministério da Saúde, vendo muitos benefícios para a gestão e município;

( ) considera mais um documento formal do Ministério da Saúde, não vendo maiores benefícios para a gestão e município;

( ) considera um documento formal que poderá ser utilizado para acompanhamento e avaliação das ações em seu município;

( ) Outra; .....

8 O(a) Sr(a) conhece o relatório de gestão?

( ) Sim ( ) Não

9 O(a) Sr(a) participa na elaboração do relatório de gestão?

( ) Sim ( ) Não

10 Em sua opinião, a rede de serviço de saúde do município está organizada?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

10.1 O que precisaria melhorar na rede?

.....

12 Em sua opinião, os recursos financeiros da saúde são bem aplicados pela gestão/administração do sistema municipal de saúde?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

13 Em sua opinião, os recursos do Piso Atenção Básica variável são aplicados no desenvolvimento das atividades das equipes de saúde da família?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

14 O(a) Sr(a) sabe que a Secretaria de Estado de Saúde repassa ao município um incentivo por ESF?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

14.1 O(a) Sr(a) sabe se o incentivo estadual é aplicado no desenvolvimento das atividades das ESF?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

14.2 Se sim, em que?.....

14.3 Quais os aspectos positivos desse incentivo? E os negativos?.....

.....

15 A equipe da sua unidade dispõe de exames de apoio diagnóstico e

complementar em quantidade adequada às condições de saúde da população?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

16 Em sua opinião, os materiais de consumo de sua unidade de saúde são suficientes para o bom desempenho das atividades?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

16.1 Se não, o que falta? .....

16.2 Estão disponíveis em tempo oportuno?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

17 Em sua opinião, os equipamentos de sua unidade de saúde são suficientes para o bom desempenho das atividades?

( ) Sim ( ) Não

17.1 Se não, o que falta?.....

17.2 Estão disponíveis em tempo oportuno?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

18 O(a) Sr(a) sabe se existe uma política de acompanhamento e avaliação da qualidade e produtividade dos serviços de saúde do SUS prestados à população?

( ) Sim ( ) Não

18.1 Se sim, o que sabe?.....

19 O(a) Sr(a) fez o curso introdutório para as equipes de saúde da família?

( ) Sim ( ) Não

19.1 Se sim, quando foi feito?

( ) Antes de começar as atividades na ESF;

( ) até seis meses do início das atividades na ESF;

( ) mais de seis meses do início das atividades na ESF;

( ) outros períodos Qual?.....

20 O(a) Sr(a) sente-se participante do processo de gestão?

( ) Sim ( ) Não

ANEXO 11

FIOCRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MUNICÍPIO:_____ DATA: ____/____/ _____.

1. ROTEIRO DE COLETA DE DADOS DAS ATAS DE REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚMERO DE REUNIÕES REALIZADAS NO ANO 2008: 11

NÚMERO DE ATAS OBSERVADAS: 11

Item	Data	Numero de Participantes	Assuntos Tratados	Discussões, Pareceres e Deliberações sobre o tema.
01	30/01/08	5	Proposta de alteração da lei nº 944 que substituiu a lei q instituiu o CMS Melhoria de sanitários domiciliares Credenciamento do município para fazer laqueadura	
02	25/02/08	8	Alteração da lei nº 944 que substituiu a lei q instituiu o CMS Aprovação do regimento interno do CAPS Apresentação do Projeto de Construção do Sistema Simplificado de Abastecimento de Água nas comunidades quilombolas Plano de Ação da VISA ACS Impossibilitado de exercer as atividades (substituir pelo suplente) Apresentação de prestação de contas da SMS dos meses novembro, dezembro/07 e janeiro/08	Aprovado por unanimidade
03	03/03/08	12	Discussão sobre a coleta de lixo no município	
04	07/04/08	7	Exposição da dificuldade do município em contratar médicos, assim como o hospital Apresentação de prestação de contas da SMS dos meses de fevereiro e março/08	Aprovado por unanimidade
05	07/05/08	8	Apresentação do relatório de gestão Apresentação do Pacto pela Vida e relatório dos indicadores de M&A do Pacto pela Vida Proposição para que a eleição da nova diretoria do CMS fosse depois das eleições municipais	Aprovado por unanimidade
06	18/06/08	7	Apresentação do hospital como referencia para laqueadura e vasectomia e o CEM como referencia para aconselhamento Apresentação do NASF Apresentação de prestação de contas da SMS dos meses de abril e maio/8	Aprovado por unanimidade
07	05/08/08	8	Apresentação do Termo de Compromisso de Gestão municipal do Pacto pela Saúde e proposta de Plano de Ação	

			Transferência de servidor da FUNASA Apresentação do Projeto de Ampliação do CEM e equipamento para o PAM Proposta de confecção de carteira de identificação para os conselheiros Reclamação dos usuários do PAM sobre o médico sair para ir atender as emergências do hospital	
08	15/09/08	8	Apresentação da PAVS/09 Apresentação de prestação de contas da SMS dos meses de junho e julho/08 Proposta de criação de uma Ouvidoria Reenvio ao jurídico da proposta de alteração da lei nº 944	Aprovado por unanimidade
09	13/10/08	8	Apresentação do Projeto NASF Apresentação do Projeto Viver Melhor Proposta de criação de um site do CMS Apresentação da portaria para implantação da Rede Sentinela da Saúde do Trabalhador	
10	24/11/08	7	Proposta de alteração da lei nº 944 ainda não aprovada pelo prefeito Proposição para a eleição da nova diretoria do CMS Participação de membros do conselho na XV Plenária em Brasília	
11	15/12/08	7	Proposta de elaboração de Planilha de Despesas do CMS para 2009 Proposta de participação de técnicos no treinamento sobre dengue em Cbá e apresentação do Plano de Contingência de Combate a Dengue/09 Apresentação da chapa única para concorrer à diretoria do CMS	

ANEXO 12

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Gestor e presidente ou representante do Conselho Municipal de Saúde)

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado (ENSP/FIOCRUZ): "Avaliação da Implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito em nível local no estado de Mato Grosso" e tem como objetivo: Avaliar a implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito do SUS em um município mato-grossense.

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação de práticas de saúde, além de contribuir como um referencial teórico-prático para o processo de implantação e a melhoria do programa a nível local.

Garantimos a você participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante entrevista gravada, abordando vários aspectos relativos ao tema, com tempo estimado de 1 (uma) hora. As informações prestadas serão analisadas segundo categoria e apresentadas sem identificação nominal, de forma a não comprometer o participante. Entretanto, considerando a especificidade do cargo, existe um risco de identificação, assim, solicitamos autorização para citação do cargo caso algum trecho da entrevista tenha que ser transcrito na dissertação.

Os resultados desta entrevista serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Eu, _____aceito participar da entrevista da pesquisa acima referida.

Data: Assinatura:_____

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
Rua: Leopoldo Bulhões, nº 1480 – andar térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ
CEP -21041-210
Autora da Pesquisa: Gilce Maynard Buogo Gattas
Instituição de origem: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT)
Endereço institucional: Rua D – Q 12 – L 2 – Bl. 5, Centro Político Administrativo Cuiabá/MT. Fone/fax: (65) 36135338.

ANEXO 13

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família)

Esta pesquisa fará parte de uma Dissertação de Mestrado (ENSP/FIOCRUZ): "Avaliação da Implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito em nível local no estado de Mato Grosso" e tem como objetivo: Avaliar a implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no âmbito do SUS em um município mato-grossense.

Justifica-se este trabalho considerando-se a importância da avaliação de práticas de saúde, além de contribuir como um referencial teórico-prático para o processo de implantação e melhoria do programa.

Serão garantidos ao participante: direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer fase da mesma; direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e dar-se-á mediante entrevista gravada, abordando vários aspectos relativos ao tema. As informações prestadas serão analisadas segundo categorias pré-definidas e apresentadas em conjunto com os dados das demais entrevistas sem identificação nominal de forma a não comprometer os participantes.

Os resultados da entrevista serão utilizados exclusivamente para publicações – dissertações, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

Eu, _____aceito participar da entrevista da pesquisa acima referida.

Data: Assinatura:_____

Instituição de Ensino: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
Rua: Leopoldo Bulhões, nº 1480 – andar térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro – RJ
CEP -21041-210
Autora da Pesquisa: Gilce Maynard Buogo Gattas
Instituição de origem: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT)
Endereço institucional: Rua D – Q 12 – L 2 – Bl. 5, Centro Político Administrativo - Cuiabá/MT. Fone/fax: (65) 36135338.

ANEXO 14

Portaria 113/2008/GBSES

Institui o programa de incentivo ao alcance de metas da atenção básica. O programa visa o repasse de recursos financeiros aos municípios que alcançaram as metas pactuadas no Pacto pela Saúde, referentes aos indicadores da Atenção Básica selecionados.

O programa considera que a pactuação é base para negociação de metas a serem alcançadas pelos municípios e estado, objetivando a melhoria do desempenho dos serviços ofertados e da situação de saúde da população, além da necessidade de incentivar os municípios a contínua e ininterrupta ação de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde da Atenção Básica.

- CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DOS INCENTIVOS

1- alcance de metas dos indicadores da atenção básica inseridos no pacto pela saúde, a serem avaliados anualmente;

2- incentivo diferenciado para municípios com IDH igual ou inferior a 0,702, visando minimizar desigualdades municipais;

3- Valores:

a) municípios com 70% ou mais de alcance de metas dos indicadores da Atenção Básica, pactuadas no SISPACTO, receberão R$ 6.000,00 mensais;

b) municípios entre 50 e 69,9% de alcance de metas dos indicadores da Atenção Básica, pactuadas no SISPACTO receberão R$ 3.000,00 mensais;

c) municípios com 0 a 49,9% de alcance de metas dos indicadores da Atenção Básica, pactuadas no SISPACTO não farão jus ao recebimento de incentivo financeiro;

d) municípios cujo IDH for igual ou inferior a 0,702, receberão acréscimo de 100% nos valores acima referidos;

OBS: As metas dos indicadores pactuadas pelos municípios no Pacto pela Saúde deverão ser coerentes com a melhoria dos indicadores

- DESPESAS A SEREM PAGAS PELOS MUNICÍPIOS COM OS INCENTIVOS DO PROGRAMA

De acordo com a portaria que institui o programa, os incentivos financeiros deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Plano Municipais de Saúde e na conseqüente melhoria dos indicadores da Atenção Básica pactuados pelos municípios.

- RELAÇÃO DOS INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA A SEREM CONSIDERADOS PARA DEFINIÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE RECEBERÃO O INCENTIVO

1. Coeficiente de mortalidade neonatal ou Número absoluto de óbitos neonatal
2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
3. Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal ou Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (Conforme pactuado no SISPACTO);
4. Razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, em determinado local por ano;
5. Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
6. Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família;
7. Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
8. Cobertura vacinal em tetravalente em menor de 1 ano de idade;
9. Proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
10. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.