



Sessões Temáticas

de Instrumentalização das Equipes Gestoras em Saúde **2010**

MÓDULO 1

**Planejando a Saúde no município
(O ciclo e os instrumentos de
planejamento, programação e
monitoramento do SUS)**

PARCERIAS



SESAP-RN

Secretaria de Estado da
Saúde Pública do RN

*Planeja***SUS**

Sistema de Planejamento do SUS

Ministério
da Saúde



REALIZAÇÃO



CONSELHO DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO NORTE

APRESENTAÇÃO

Após os inúmeros avanços ocorridos nos últimos anos no âmbito da Saúde em nosso país, os maiores desafios que se apresentam hoje, são aqueles de ordem gerencial e assistencial que repercutem diretamente sobre a saúde da população, bem como, aqueles voltados ao fortalecimento das políticas públicas que viabilizem estruturas organizacionais resolutivas e recursos financeiros, em todas as esferas de governo, compatíveis com a importância que o setor saúde tem e a sua relação sobre a qualidade de vida das pessoas, deixando de ser um componente periférico e assumindo definitivamente seu espaço como eixo central do processo de desenvolvimento do país.

Os processos de gestão de um sistema de saúde é muito complexo e requer constante aprimoramento de conhecimentos, bem como, de ferramentas que atendam as constantes exigências conjunturais. Nessa perspectiva, há no mercado uma avidez por profissionais capacitados, considerados verdadeiros experts em gerenciamento da saúde, preparados academicamente ou com mais frequência formados no cotidiano da administração de um órgão municipal de saúde.

O presente curso é voltado para você, dirigente (secretário, diretor, coordenador, técnicos de órgãos gestores da saúde), utilizando-se uma metodologia simples e eficaz, de alta qualidade, capaz de compensar seu esforço e acima de tudo o compromisso com a construção do SUS, tendo sido planejado para suprir as necessidades das pessoas envolvidas no processo de gestão nas diferentes realidades regionais e locais.

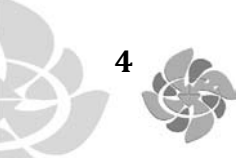
Nossa expectativa com esse curso não é pequena, mas do que capacitar um gestores públicos de saúde, pretendemos iniciar um novo relacionamento e compromisso do COSEMS/RN no processo de produção de conhecimento marcado pela horizontalidade e a capacidade de converter experiências vividas em conhecimentos acumulados a serviço da sociedade.

Solane Maria Costa

Presidente do COSEMS/RN

Divaneide Ferreira de Souza

Coordenadora Pedagógica



ESTRUTURA PEDAGÓGICA DO CURSO

O curso está organizado de acordo com uma estrutura pedagógica padronizada em todas as Sessões Temáticas. Assim, mesmo uma sessão sendo independente da outra o ideal é que a sua participação seja integral para que você possa apreender todos os conteúdos de forma seqüencial, favorecendo um maior acúmulo de conhecimento.

Cada Sessão Temática terá duração de 12 horas, equivalendo a um dia e meio de atividades, distribuído em dias seguidos (sextas e sábados), intercalada a cada 15 dias.

Ao final de cada sessão você deverá apresentar o produto inerente a cada tema interrelacionando com sua agenda prioritária de gestão. Fará também jus a um certificado comprobatório da carga horária inerente a cada Sessão Temática.

CORPO DOCENTE E PARCERIAS

O corpo docente é formado por profissionais de ensino e serviço que irão compartilhar conhecimentos científicos e da rotina do serviço, unindo a teoria à prática, objetivando a instrumentalização e incorporação do saber para a aquisição de uma nova rotina, partindo da realidade concreta do sujeito para um processo de abstração do conhecimento, tendo como base o diálogo entre o monitor e o gestor.

A Coordenação geral do curso está sob a tutela do COSEMS/RN, tendo como parceiros o Ministério da Saúde, através do PlanejaSUS, Secretaria de Estado da Saúde Pública e Secretarias Municipais de Saúde do RN. A estrutura organizacional é composta por Coordenação Geral, Coordenação Pedagógica, Coordenação Administrativa e instrutores.

MATERIAL DIDÁTICO

O material foi elaborado em caráter autoinstrucional, em seis volumes, cujos conteúdos estão voltados para atender as reivindicações explícitas por vocês gestores e apresentados de maneira clara e compreensível para que haja o maior aproveitamento na rotina diária representando perfil adotado para o curso.



EMENTAS E CALENDÁRIO DAS SESSÕES TEMÁTICAS

As unidades são divididas em seis sessões temáticas conforme detalhado abaixo:

EMENTAS

1ª Sessão Temática

Planejando a Saúde no município (O ciclo e os instrumentos de planejamento, programação e monitoramento do SUS): Concepções teórico-metodológicas do Planejamento em Saúde. O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Instrumentos de Planejamento e Gestão. Agenda Estratégica da planificação em saúde.

1ª Sessão Temática

**CALENDÁRIO**

DATA	SESSÕES TEMÁTICAS	REGIÕES	LOCAL	COORDENADORES/ INSTRUTORES
1ª Sessão Temática				
16 e 17 abril	Planejando a Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Terezinha Rego Coordenadora
23 e 24 abril		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
07 e 08 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
2ª Sessão Temática				
07 e 08 maio	O SUS e as Políticas de Saúde do Brasil	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Mariza Sandra Coordenadora
14 e 15 maio		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
20 e 21 maio		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
3ª Sessão Temática				
21 e 22 maio	Gestão Administrativa e Financeira do SUS no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Eleonora Castim Coordenadora
04 e 05 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
11 e 12 junho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
4ª Sessão Temática				
11 e 12 junho	Gestão de Atenção à Saúde no Município	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Goretti Cunha Coordenadora
18 e 19 junho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
02 e 03 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
5ª Sessão Temática				
02 e 03 julho	Gestão Participativa e Controle Público	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Marcelo Dantas Coordenador
09 e 10 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
16 e 17 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	
6ª Sessão Temática				
16 e 17 julho	Gestão do trabalho e Educação na Saúde	I, Parnamirim, Natal e Macaíba III, São Gonçalo do Amarante e Extremoz	Natal Natal	Aldensia Albuquerque Coordenadora
23 e 24 julho		II e VIII IV	Mossoró Caicó	
30 e 31 julho		V VI	Santa Cruz Pau dos Ferros	

1ª SESSÃO TEMÁTICA

Planejando a Saúde no município

O ciclo e os instrumentos de planejamento, programação e monitoramento do SUS.

Coordenador do Grupo: Terezinha Rego

Colaboradores: Terezinha/Cordélia/Roberval/ Maurício - Valdimar (convidado)

Público Alvo: Gestores municipais e membros de equipes gestoras.

Carga Horária: 12 Horas

EMENTA

Concepções teórico-metodológicas do Planejamento em Saúde. O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Instrumentos de Planejamento e Gestão. Agenda Estratégica da planificação em saúde.

OBJETIVOS

Pretende-se com o desenvolvimento deste modulo da sessão temática:

- Refletir sobre o processo de planejamento nas instituições gestoras de saúde, nos contextos histórico, metodológico, técnico-político e prático;
- Reforçar a compreensão quanto à importância do uso dos instrumentos de planejamento em consonância com a Política de Saúde vigente;
- Compreender o processo de formulação dos instrumentos, destacando sua estrutura, conteúdo e prazos;
- Fomentar iniciativas de alinhamento conceitual e metodológico no processo de elaboração e desenvolvimento dos instrumentos de planejamento, criando uma rede de colaboradores para capilaridade dessa prática estruturada de gestão;
- Identificar as principais dificuldades e necessidades do grupo (e das instituições) quanto ao contínuo aprimoramento das ferramentas e processos de gestão no âmbito municipal.



METODOLOGIA

As atividades serão desenvolvidas em momento presencial, sendo seu formato de organização fundamentado nas experiências acumuladas dos participantes, com articulação permanente entre saber e práxis.

A concepção pedagógica adotada prioriza as teorias educacionais críticas que concebem a educação como um ato político e social que visa à transformação. Os conteúdos serão trabalhados de forma contextualizada, oportunizando momentos de reflexões e discussões sobre a realidade e as experiências prévias dos participantes. Serão utilizadas técnicas de ensino-aprendizagem variadas como: aula expositiva, trabalho em grupo, painel, leitura interativa de texto, rodas de conversa e exercício prático.

AVALIAÇÃO

A avaliação será contínua, durante todo o desenvolvimento do módulo. Os aspectos a serem observados compreendem: o interesse do participante, a assiduidade, a participação no cumprimento das atividades, além da pertinência das discussões questionada junto ao grupo. Serão priorizadas as impressões verbais dos participantes.

PROGRAMAÇÃO – SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES

DATA	HORA	ATIVIDADE/TEMA	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA
1º Dia	08h00min	Credenciamento e entrega de material	
	08h30min	Abertura	Boas vindas e esclarecimentos gerais aos participantes sobre objetivos, compromissos e pactos.
	09h00min	Apresentação dos participantes	Dinâmica de apresentação (novo): Quem sou + relato sucinto de experiência pessoal/institucional com planejamento. <ul style="list-style-type: none"> • Tenho feito planejamento? • De quê? • Como tenho feito?
	09h45min	Reflexões sobre planejamento: TEXTO 1: PAIM, Jainilson. Planejamento em saúde para não especialistas in Campos, G.W.S. et all (org.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz, 2006, 871p (Saúde em Debate, 170)	Leitura dialogada do texto, com ênfase: <ul style="list-style-type: none"> • Análise do processo de planejamento (aspectos históricos, conceituais, metodológicos, técnicos e práticos).
	10h15min	Intervalo	
	10h30min	Discussão: Concepções de Planejamento – Do Modelo Tradicional ao Estratégico Situacional, até a estruturação do Sistema de Planejamento do SUS.	Exposição dialogada sobre o processo histórico-normativo do Planejamento, enfocando: <ul style="list-style-type: none"> • Modelos (Normativo x PES) • Normas (NOB, NOAS,...) • Planejatus (Portarias)
	12h00min	Almoço	
	14h00min	14h00min PS, PAS e RAG: conceitos básicos, estrutura, conteúdo e o impacto desses instrumentos na esfera de gestão. TEXTO 2: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Portarias GM/MS nº 2.751 de 11 de novembro de 2009 e (prazos) 3.176 de 24 de dezembro de 2009 (RAG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brainstorming: a gestão municipal tem plano, programação e relatório? Como foram construídos? 2. Exposição de painel situacional dos municípios do RN com relação ao RAG. 3. Leitura em grupos do texto do caderno do planejatus. <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1 – PS • Grupo 2 – PAS • Grupo 3 – RAG 4. Elaboração da síntese dos grupos para apresentação em sessão plenária.
	15h30min	Intervalo	
	15h45min	Apresentação das discussões do grupo	Roda de Conversa com exposição seguida de debate entre os grupos. O produto dos trabalhos como painel situando a compreensão dos grupos quanto aos instrumentos (PS, PAS e RAG). Facilitador das discussões proporcionando síntese final.
	17h00min	Painel: Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão do SUS Material de apoio: Ministério da Saúde. Manual do SARGSUS. Versão 1.0	Exposição dialogada sobre o SARGSUS. <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura e funcionamento • Acesso e utilização Cadastramento de usuários do SARGSUS
	17h45min	Orientações para o dia seguinte Encerramento das atividades do dia	
2º Dia	08h30min	Gestão em Debate: A interface entre os instrumentos de planejamento e gestão na esfera municipal.	Comunicação coordenada entre facilitadores e participantes, com abordagem direcionada para: <ul style="list-style-type: none"> • Compromissos e responsabilidades da Gestão na formulação, execução e avaliação de PPA, PDR, PPI, Pacto e TCG (ênfase). • Prestações de contas trimestrais (Lei nº 8.689/1993) — audiências com legislativo e controle social (linhas gerais). • SIOPS como ferramenta de controle sobre financiamento na gestão do SUS (linhas gerais).
	10h30min	Intervalo	
	10h45min	Resultados para a Gestão: Formatação de Agenda Estratégica para o Planejamento dos Compromissos Sanitários da Gestão.	Mosaico de Expectativas e Compromissos da Gestão Municipal, respondendo: <ul style="list-style-type: none"> • Como desenvolver o planejamento na sua esfera de gestão? • Qual a situação do seu município perante a essas responsabilidades? • Qual Cronograma posso pactuar para cumprimento das demandas para a Gestão.
	11h45min	Avaliação do módulo Orientação para os módulos seguintes. Encerramento das atividades	Exposição oral dos participantes <ul style="list-style-type: none"> • Sinal verde para... • Sinal vermelho para...

TEXTO 1:

PAIM, Jainilson. Planejamento em saúde para não especialistas in Campos, G.W.S. et all (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz, 2006, 871p (Saúde em Debate, 170)

O PROPÓSITO DESTES CAPÍTULOS é apresentar algumas noções sobre planejamento em saúde para quem não é, nem pretende ser, planejador ou gestor mas que, eventualmente, possa vir a lidar com planos, programas e projetos. Não se trata de um manual que oriente como planejar mas uma introdução ao tema que permita uma aproximação preliminar em relação a certos conceitos, métodos e técnicas abordando, rapidamente, alguns aspectos históricos e práticos.

Embora o planejamento, junto à epidemiologia e as ciências sociais, constitua um dos três pilares disciplinares da Saúde Coletiva, o ato de planejar antecede o aparecimento desse campo científico. Entretanto, é compreensível que para certos aspectos da vida, o melhor seja não planejar. O gosto pela surpresa, pelo imprevisto e pelo desafio de situações novas e inusitadas talvez dê mais prazer para as pessoas. Há os que afirmam não planejar a vida, pessoal ou profissional, nem por uma ou duas semanas. Outros preferem programar para os próximos cinco ou dez anos, optando por esse ou aquele curso de ação. Portanto, em termos pessoais, planejar ou não, pode ser uma escolha pautada, exclusivamente, por sentimentos, crenças e valores. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode ser necessário para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados. Conseqüentemente, existem justificativas político-institucionais e éticas para o uso do planejamento enquanto ação social tais como as apresentadas a seguir:

No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento pode ser considerado também uma ferramenta da administração. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação.

Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação.

O planejamento também ajudar a mobilizar vontades. A identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde. O planejamento corresponde ainda a um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. Esta é a sua interface com a política de saúde. E para uma sociedade que se pretende democrática, essa forma de explicitação de uma política é fundamental para que os cidadãos e suas organizações próprias acompanhem a ação do governo e cobrem a concretização das medidas anunciadas.

Mas o planejamento não se reduz à produção de planos, programas ou projetos. Estes representam apenas uma etapa do processo de planejamento. Quando esses documentos são elaborados com a participação maior das pessoas e quando sensibilizam e comprometem os reais interessados na mudança da situação, eles têm uma chance maior de influir na realidade. Podem ser capazes de transformar a situação atual em uma nova situação. São, portanto, úteis para consolidar a prática do planejamento nas instituições e para reeducar os seus agentes na explicitação das medidas adotadas e na subordinação ao controle democrático da população, ou seja, ao exercício da cidadania. (Bahia, 1987, pp. 11-2).

Há distintas teorias da ação social (Habermas, 1987; Weber, 1994; Matus, 1996a; Bourdieu, 1996) capazes de auxiliar a compreensão das possibilidades e limites do planejamento, mas, tendo em conta o escopo deste capítulo, questões teóricas não serão abordados nesta oportunidade. A ordem de exposição contemplará, basicamente, cinco aspectos: históricos, conceituais, metodológicos, técnicos e “práticos”.

ASPECTOS HISTÓRICOS

O planejamento na perspectiva de ação social encontra-se vinculado ao primeiro esforço na história da humanidade de implantar uma nova forma de organização da sociedade conhecida como socialismo, em 1917 na Rússia. Ao se buscar uma outra maneira de alocação de recursos e de produzir e distribuir bens e serviços com fins igualitários, experimentaram-se mecanismos substitutivos do mercado pelo Estado, através do planejamento. Assim, foram elaborados os primeiros planos quinquenais em que o setor saúde era contemplado, particularmente na previsão da oferta de leitos hospitalares. Posteriormente, com a instalação da União Soviética (ex-URSS), cada República Socialista tinha seu Ministério de Saúde e os planos locais procuravam se adequar ao plano geral nacional e às condições locais (San Martín, 1968).

O episódio histórico, correspondente à revolução bolchevique, que permitiu o planejamento ser experimentado em uma sociedade concreta foi, também, utilizado para confundi-lo com “comunismo”, “falta de liberdade” e “burocratização”. Desse modo, no início do século XX o planejamento era visto pelos países capitalistas como algo demoníaco que precisava ser contido ou exorcizado. Todavia, com a grande crise do capitalismo em 1929, mesmo defensores dessa ordem social passaram a justificar, nas décadas seguintes, a intervenção do Estado na economia (Heilbroner, 1965; Campos, 1980) e o recurso à “planificação democrática” (Manheim, 1972).



No âmbito social, foi elaborado na Inglaterra o famoso Plano Beveridge (1943), uma das referências fundamentais para a criação do Serviço Nacional de Saúde naquele país em 1948. E ao finalizar a segunda guerra mundial os Estados Unidos, tão resistentes ao planejamento, patrocinaram o Plano Marshall para a reconstrução européia.

Do mesmo modo, a instalação da Organização das Nações Unidas (ONU) e seus componentes na saúde (OMS), trabalho (OIT), educação e cultura (Unesco), entre outros, legitimaram o uso do planejamento governamental. Assim, foi criada a Comissão Econômica para o Planejamento na América Latina (Cepal), vinculada ao sistema das Nações Unidas, que construiu um pensamento sobre o desenvolvimento nos países capitalistas periféricos e apoiou iniciativas centradas no planejamento econômico e social. Nessa mesma época foi elaborado no Brasil o primeiro plano nacional contemplando a saúde, alimentação, transporte e energia (Plano Salte). No caso da saúde, desenvolveu-se um movimento pelo planejamento na América Latina, como parte das propostas de desenvolvimento econômico e social da década de 1960 (Paim, 2002), que teve como marco histórico a técnica Cendes/OPS (OPS/OMS, 1965).

ASPECTOS CONCEITUAIS

O planejamento tem sido reconhecido como método, ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração (Ferreira, 1981; Mehry, 1995) e como processo social (Giordani, 1979) em que participam sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro caso, dá-se uma ênfase aos meios (de trabalho), ao passo que no segundo o foco é sobre as relações (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação (Testa, 1887; 1992).

O planejamento tem muito a ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade

de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade. Planejamento implica ação, daí ser considerado um cálculo que precede e preside a ação (Matus, 1996b).

Portanto, pensar a ação é uma tarefa permanente que não existe sem a ação mas não se mistura com ela (Ferreira, 1981, p. 58).

O planejamento pode ser entendido, também, como um trabalho que incide sobre outros trabalhos (Schraiber et al., 1999). Assim, o trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização dos trabalhos parciais tendo em vista o atingimento dos objetivos estabelecidos por uma organização. No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local (Schraiber, 1995).

Em síntese, é possível compreender o planejamento como uma prática social que, ao tempo em que é técnica, é política, econômica e ideológica. É um processo de transformação de uma situação em outra, tendo em conta uma dada finalidade e recorrendo a instrumentos (meios de trabalho tais como técnicas e saberes) e a atividades (trabalho propriamente dito), sob determinadas relações sociais, em uma dada organização (Paim, 2002). Esta prática social pode se apresentar de modo estruturado, através de políticas formuladas, planos, programa e projetos, ou de modo não estruturado, isto é, como um cálculo (Matus, 1996) ou um pensamento estratégico (Testa, 1995).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O planejamento em saúde na América Latina esteve associado, originalmente, ao enfoque econômico. Assim, a constatação de que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levava à busca de um método que reduzisse tal distância — entre necessidades e recursos — de um modo mais racional (princípio da racionalidade).

Assim, ao contemplar necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

Quando visa atender necessidades humanas o planejamento pode ter, também, como foco uma imagem-objetivo definida a partir de valores, ideologias, utopias e vontades (CPPS/OPS, 1975), ou uma situação-objetivo, projetada com mais precisão (Matus, 1996b). No primeiro caso, as necessidades não se reduzem a problemas (mortes, doenças, carências, agravos e riscos), mas podem expressar projetos (paz e qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis). As proposições a serem estabelecidas procurariam realizar certas pontes ou caminhos tendo em vista a imagem-objetivo.

No caso de buscar uma situação-objetivo, seria fundamental a identificação e a explicação dos problemas da situação inicial. Ao se admitir o planejamento como um processo, destacam-se quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (Matus, 1996b). No momento explicativo se identificam e se explicam os problemas presentes em uma dada situação e se observam as oportunidades para a ação, respondendo às perguntas quais (problemas) e por quê (ocorrem). No momento normativo definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo ao que deve ser feito. No momento estratégico trata-se de estabelecer o desenho e os cursos de ação para a superação de obstáculos, expressando um balanço entre o que deve ser e o que pode ser feito.

E o momento tático-operacional caracteriza-se pelo fazer, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação. Como as organizações e ações de saúde são dinâmicas, o ordenamento desses momentos não deve ser visto como etapas estanques. Na dependência de cada situação, o planejamento pode começar por qualquer um desses momentos. A dominância de um sobre os outros em uma dada conjuntura ou no cotidiano de uma organização é perfeitamente admissível, podendo tal conformação ser substituída em outras circunstâncias.

Este modo de planejar sistematizado acima tem sido reconhecido como enfoque estratégico-situacional (Matus, 1996b) e articula-se a distintas contribuições metodológicas que compõem a chamada “trilogia matusiana”: o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), ambos desenvolvidos pelo referido autor, e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP), adaptado pelo mesmo. No caso da ZOPP, trata-se de uma metodologia utilizada pela GTZ a partir de 1983, em apoio ao Ministério Federal Alemão de Cooperação Econômica (BMZ). Os interessados em estudar os fundamentos teóricos do planejamento e os procedimentos desse enfoque podem recorrer a algumas referências básicas (Rivera, 1989; 1995; Artmann, 1993; Cecílio,



ASPECTOS TÉCNICOS

Entre os produtos do trabalho decorrentes do planejamento podem ser ressaltados o plano, o programa e o projeto. O plano diz respeito ao que fazer de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O programa estabelece de modo articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o que fazer, como, com quem, com que meios e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de projeto, trata-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar exequível ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações.

Portanto, se precisamos elaborar um plano, programa ou projeto devemos perguntar sobre os seus propósitos, as oportunidades e os problemas. Se o planejamento é orientado por problemas do estado de saúde, cabe identificá-los no momento explicativo recorrendo aos sistemas de informação disponíveis, bases de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho com técnicos e comunidade, etc. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados e produzidas informações segundo distribuição espacial, por faixa etária, sexo, raça, classe ou estrato social. Em reuniões técnicas ou em oficinas de trabalho com representantes da comunidade o estado de saúde e a situação epidemiológica devem ser problematizados à luz do conhecimento científico existente e de novas perguntas postas pela realidade, indagando por quê?, por quê?, por quê? (pelo menos três vezes) até chegar a explicação de causas e determinantes mais remotos ou mediatos. Algumas técnicas podem ser acionadas com este fim a exemplo da árvore de problemas (Teixeira, 2001) e do fluxograma situacional (Matus, 1996b).

No momento normativo a preocupação básica é o que fazer, diante de tais problemas. Alguns princípios e diretrizes gerais auxiliam nesta definição, mas o mais importante é estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. Quando for possível quantificar tais objetivos então teremos metas. Os objetivos gerais podem corresponder a certas linhas de ação e para cada objetivo específico deverão estar explicitadas as ações e subações necessárias ao seu alcance. Identificados e quantificados os recursos necessários à realização dessas ações pode ser elaborado o orçamento, ou seja, uma estimativa de recursos financeiros necessários ao projeto, programa e, em certos casos, plano, tendo em conta os gastos previstos.

Um modo de auxiliar este trabalho, facilitando a coerência entre objetivos e a consistência entre estes e as ações, é utilizar matrizes articulando esses componentes básicos de um plano, programa ou projeto. É recomendável verificar se há contradições lógicas entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos (análise de viabilidade). Esses passos indicados para a análise de proposições políticas (CPPS/OPS, 1975) são utilizados, também, em planejamento de saúde. Dessa forma, chega-se ao momento estratégico, quando são cotejadas as oportunidades, fragilidades, fortalezas, ameaças, e construídos os cursos de ação no tempo e no espaço, bem como as alianças e mobilizações para a superação dos obstáculos (desenho estratégico).

Após a formalização e aprovação do plano, programa ou projeto tem-se o momento tático-operacional quando as suas ações são executadas, sob uma dada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. Contudo, outras vias existem para realizar esse mesmo trabalho a depender do tipo de planejamento adotado: normativo, estratégico, tático e operativo. Nessa perspectiva, seguem certas etapas, cada uma acionando um conjunto de técnicas: determinação de necessidades; determinação de prioridades; desenvolvimento do “plano do programa”; e planejamento da execução (Pineault & Daveluy, 1987).

No caso de elaboração de projetos, alguns itens estão sempre presentes: justificativa, objetivos (geral e específicos), metas, estratégias, cronograma e custos. Assim, as etapas básicas para o “planejamento de um projeto”, vinculado a um programa ou plano, incluiriam as seguintes perguntas e tópicos: onde estamos? (análise da situação); aonde queremos ir e como faremos? (plano de ação); o que precisamos? (plano de trabalho); aonde chegaremos? (monitoração e avaliação) (Brasil, 1998, pp. 14-5). Já na formulação de planos municipais de saúde, tem-se procurado adequar esses métodos e técnicas, com seus momentos ou etapas e passos à realidade local, conforme o quadro seguinte:

QUADRO SÍNTESE: MOMENTOS E PASSOS DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

MOMENTO	PASSOS/CONTEÚDO
Análise da Situação de Saúde	1. Caracterização da população 2. Identificação dos problemas de saúde 3. Priorização dos problemas de saúde 4. Construção da rede explicativa dos problemas priorizados 5. Apresentação da análise de situação ao Conselho Municipal de Saúde
Definição de Políticas (objetivos)	6. Definição das “linhas de ação” a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais 7. Elaboração dos Objetivos (Políticas) 8. Definição de ações e atividades para o alcance de cada objetivo
Desenho das estratégias	9. Definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos em cada Módulo Operacional. 10. Análise de viabilidade das ações propostas e ajustes em cada Módulo Operacional. 11. Definição dos indicadores de acompanhamento e avaliação do alcance dos objetivos e cumprimento das atividades propostas.
Elaboração do Orçamento	12. Realização de estimativa de recursos a serem disponibilizados nos próximos quatro anos 13. Estimativa de gasto em cada módulo operacional 14. Elaboração da proposta orçamentária do Plano Municipal de Saúde 15. Apresentação do Plano ao Conselho Municipal de Saúde

Fonte: Teixeira, 2001, p. 61.

ASPECTOS PRÁTICOS

O formalismo dos procedimentos do planejamento têm conduzido à supervalorização dos meios em detrimento dos fins, configurando um processo de burocratização. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), a exigência de formulação de planos pela Lei 8.142/90, a existência de uma bateria de portarias (normas operacionais, agendas, pactos, etc.) e o uso do planejamento para a captação de recursos terminam favorecendo um comportamento ritualístico sem grandes compromissos com a

solução dos problemas. Isto pode estar levando a um certo descrédito do planejamento, adjetivando-o de “teórico” pois a prática seria outra coisa.

Entretanto, quem está “na prática” não pode ignorar o tempo e os condicionamentos institucionais. Os que se encontram no município, por exemplo, além das normas do SUS, têm de atentar para a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), Programação Pactuada Integrada (PPI) e resoluções dos conselhos de saúde e das comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). Ao tentarem realizar um planejamento considerando os problemas identificados no momento explicativo deparam-se com a existência de um conjunto de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Comasems), mas nem sempre compatíveis com a realidade local.

Contudo, este empenho de estruturar o SUS tem seus méritos. Após um trabalho de discussão entre técnicos e dirigentes dessas instâncias, encontram-se aprovados pela CIT (26/1/2006) e pelo Conselho Nacional de Saúde (9/2/2006) o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Brasil, 2006). O Pacto pela Vida especifica diretrizes ou objetivos e metas para seis prioridades: Saúde do idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergenciais e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; e Fortalecimento da Atenção Básica. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos dos gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, indicando iniciativas e ações. Já o Pacto de Gestão apresenta diretrizes e define a responsabilidade sanitária para municípios, estados, Distrito Federal e União, especialmente em relação à regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação, auditoria, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

O Plano Nacional de Saúde explicita as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde e apresenta uma estrutura composta de introdução (processo, estrutura e embasamento legal), princípios, análise situacional da saúde, objetivos e diretrizes (com as respectivas metas), gestão, monitoramento e avaliação. Seus objetivos, diretrizes e metas encontram-se dirigidos para cinco tópicos: linhas de atenção à saúde; condições de saúde da população; setor saúde; gestão em saúde; e investimento em saúde (Brasil, 2005).

O Plano Estadual de Saúde dispõe de uma estrutura básica e algumas variações. Assim, pode-se ter a caracterização do contexto sociodemográfico, a análise da situação de saúde — incluindo o sistema estadual (problemas e desafios da gestão em relação à atenção básica, média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, monitoramento e avaliação), diretrizes prioritárias (gestão descentralizada do sistema, atenção integral à saúde, controle de riscos e agravos, gestão e desenvolvimento de pessoas, monitoramento e avaliação em saúde), planos de ação para cada diretriz explicitando objetivos e operações, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação do plano estadual e orçamento (Sergipe, s.d.). O plano pode ser mais sintético incluindo uma análise da situação de saúde, diretrizes políticas para o SUS estadual, compromissos prioritários, objetivos e metas, indicadores de acompanhamento e avaliação, além de estimativas orçamentárias (Bahia, s.d.). A Agenda Estadual de Saúde (Bahia, 2004; Sergipe, 2004) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) devem estar articuladas ao Plano, mesmo compondo documentos distintos.



No caso da Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde (PPI), trata-se de um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (Brasil, 2006, p. 33).

Com todos esses condicionamentos, além dos que dizem respeito às formas de financiamento da saúde, a elaboração de um plano municipal fica constrangida diante de tantas prioridades, raramente estabelecidas de forma ascendente. Não sendo pertinente ignorá-las, faz-se necessário cotê-las com a análise de situação realizada em oficinas de trabalho e mediante consulta a bases de dados e aos indicadores disponíveis. Desse modo, no que diz respeito ao Plano Municipal de Saúde, é possível definir um módulo operacional para cada eixo prioritário (problemas e prioridades) explicitando o objetivo geral e o respectivo dirigente institucional responsável pelas operações. Em seguida utiliza-se uma matriz para cada módulo, contendo as diversas linhas de ação com os respectivos objetivos específicos e ações estratégicas, cada qual especificando o órgão responsável pelas mesmas e os demais setores envolvidos.

Ainda do ponto de vista prático, faz-se necessário definir o nível da realidade sobre o qual o planejamento em saúde será realizado. Pode ser o sistema de saúde, como é o caso dos pactos, agendas e planos nacional, estadual e municipal. Pode contemplar, também, instituições ou organizações de saúde, microrregiões, distritos sanitários, estabelecimentos (unidades básicas, hospitais, etc.), serviços de saúde (pré-natal, imunização, saúde mental, etc.) e práticas (ações de saúde). Assim, seriam formulados planos diretores e planos operativos para microrregiões, organizações, distritos e estabelecimentos de saúde, além de projetos assistenciais no nível micro (serviços e práticas de saúde) voltados para grupos e pessoas a partir da reorganização dos processos de trabalho das equipes.

COMENTÁRIOS FINAIS

As noções apresentadas sobre planejamento em saúde neste capítulo podem ter alguma utilidade para os que, não sendo planejadores ou gestores, venham a lidar com alguns desses termos e, sobretudo, com o seu processo. Conseqüentemente, um profissional inserido em um estabelecimento de saúde tal como uma unidade básica, um laboratório ou hospital, mesmo exercendo atividades isoladas, pode ser envolvido com um plano diretor ou com uma dada programação trimestral ou anual (plano operativo). E um profissional que trabalha em uma equipe de saúde da família, em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou em um serviço de pré-natal de um centro de saúde pode ser convocado a participar da programação mensal do serviço ou na elaboração do projeto assistencial para os usuários.

Uma vez que o trabalho programático (articulação de objetivos, atividades e recursos) se realize no nível local (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 1996) ou que o “método da roda” (Campos, 2000c) venha a ser acionado na gestão de coletivos produtores de saúde, o recurso ao planejamento tende a ser crescente.

O planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, pode favorecer a democratização da gestão e reduzir a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção. Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa decorrente da diretiz da participação da comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo (Campos,

2000b) na conquista do direito à saúde. Essas possibilidades, no entanto, não devem subestimar os usos dominantes do planejamento, especialmente na captação de recursos, na legitimação política e, eventualmente, como instrumento de gestão.

Tem-se observado que em situações concretas, o gestor aciona práticas estruturadas de planejamento e, também, as não estruturadas (Vilasbôas, 2006). No primeiro caso, identificam-se momentos, instrumentos, planilhas e textos de planos, programas e projetos. No outro, constatam-se o cálculo, realizado no cotidiano pelos atores e compartilhado entre pares em momentos de análise política (Matus, 1996b), e o pensamento estratégico, capaz de orientar a ação para adquirir poder (técnico, administrativo e político) e assim poder fazer as coisas (Testa, 1992; 1995). Pesquisa realizada em um município com gestão plena do sistema de saúde (Vilasbôas, 2006) apontou um baixo grau de institucionalização de práticas estruturadas de planejamento convivendo com um expressivo cálculo técnico-político, trabalho de natureza estratégica, que deve ter contribuído para a construção de práticas não estruturadas de planejamento tão relevantes que permitiram acumular poder e tornar essa experiência de gestão uma referência nacional.

Ainda assim, muito do planejamento em saúde existente no Brasil é vertical, ritualístico, um faz-de-contas, uma espécie de “pra-não-dizer-que-não-falei-de-flores”, sem compromisso com a recomposição das práticas, com a emancipação dos sujeitos e com a saúde da população (Paim, 2003). As possibilidades de sua superação inscrevem-se nos movimentos das forças sociais que lutam por um SUS democrático, orgânico ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa perspectiva, algumas correntes teóricas e centros de pesquisa e de pós-graduação em Saúde Coletiva (Merhy, 1995; Rivera, & Artmann, 1999; Sá, 1999; Campos, 2000a; Pinheiro & Mattos, 2001; Paim, 2002), têm oferecido certa colaboração a tais movimentos cujos produtos poderão ser mais bem conhecidos e utilizados por aqueles que pretendam aprofundar o tema (Teixeira & Sá, 1996; Schraiber et al., 1999; Levcovitz et al., 2003; Spinelli & Testa, 2005).

REFERÊNCIAS

- Artmann, E. **O Planejamento Estratégico Situacional**: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 222 pp.
- Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. Suds-BA. **Plano Estadual de Saúde (1988-1991)**. Salvador: Sesab/Assessoria de Planejamento, 1987, 106 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Planejamento e Monitoramento da Gestão Descentralizada de Saúde. **Agenda Estadual de Saúde, mais saúde com qualidade**: reduzindo desigualdades. Salvador, 2004, 98 pp.
- Bahia. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde — 2004-2007** (Documento preliminar), s.d., 69 pp. + anexos.
- Bourdieu, P. **Razões práticas. Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996, pp. 157-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Práticas para a implantação de um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco**. Rio de Janeiro: Inca, 1998, 112 pp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**: um pacto pela saúde no Brasil: síntese. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 24 pp.

Brasil. Ministério da Saúde. 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**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

Campos, L. **A crise da ideologia keynesiana**. Rio de Janeiro: Campus, 1980, 355 pp.

Campos, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 16(3), pp. 723-31, 2000a.

—. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, 16(4), pp. 1.021-31, 2000b.

Campos, G. W. de S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições; o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000, 236 pp.

Cecilio, L. C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo:Hucitec, 1994, pp. 235-334.

Centro Panamericano de Planificación de la Salud/OPS. **Formulación de políticas de salud**. Santiago: CPPS, 1975, 77 pp.

Ferreira, F. W. **Planejamento sim e não**: um modo de agir num mundo em permanente mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, 157 pp.

Giordani, J. A. La planificación como proceso social. Un esquema de análisis. Cuadernos Sociedade Venezolana de Planificación: **Teoría y Método de la Planificación**, 3, pp. 147-77, 1979.

Habermas, J. Relaciones con el mundo y aspectos de la racionalidad de la acción en cuatro conceptos sociológicos de acción, in: J. Habermas. **Teoría de la acción comunicativa I**. Madri: Taurus, 1987, pp.110-46.

Heilbroner, R. L. **Introdução à história das idéias econômicas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1965, pp. 263-87.

Levcovitz, E.; T. W. F. Baptista; S. A. C. Uchôa; G. Nespoli & M. Mariani. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília: Opas, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2), 74 pp.

Mannheim, K. **Liberdade, poder e planificação democrática**. São Paulo: Mestre Jou, 1972, 414 pp.

Matus, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: C. Matus. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996a, pp. 81-98.

_____. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Ipea, 1996b, t. I e II, 591 pp.

Merhy, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil, in: E. Gallo. **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 117-49.

OPS/OMS. Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.. **Publicación Científica**, n.o 111, 1965, 77 pp.

Paim, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002, 447 pp.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(2), pp. 557-67, 2003.

- Pineault, R. & C. Daveluy. **La planificación sanitaria**. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987, 382 pp.
- Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio: Uerj/IMS-Abrasco, 2001, 180 pp.
- Plano Beveridge**. Trad. de Almir de Andrade. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943, 458 pp. Edição integral conforme o texto oficial publicado pelo Governo Britânico.
- Rivera, F. J. U. (org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989, 222 pp.
- _____. **Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 213 pp.
- Rivera, F. J. U. & E. Artmann. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), pp. 355-65, 1999.
- Sá, M. de C. O mal-estar das organizações de saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), pp. 255-8, 1999.
- San Martín, H. **Salud y enfermedad**. 2.a ed. México: La Prensa Médica Mexicana, 1968, pp. 652-66.
- Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda Estadual de Saúde 2004**, s.d., 107 pp.
- _____. **Plano Estadual de Saúde — Sergipe, 2004-2007**, s.d., 116 pp.
- Schraiber, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, 47, pp. 28-35, 1995.
- Schraiber, L. B.; M. I. Nemes & R. B. Mendes-Gonçalves (org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996, 290 pp. + anexos.
- Schraiber, L. B.; M. Peduzzi; A. Sala; M. I. B. Nemes; E. R. L. Castanheira & R. Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4, pp. 221-42.
- Spinelli, H. & M. Testa. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina. **Salud Colectiva** 1(3), pp. 323-35, 2005.
- Teixeira, C. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Cooptec/ISC, 2001, 79 pp.
- Teixeira, C. F. & M. C. Sá. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e cooperação técnica na área. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1(1), pp. 80-103, 1996.
- Testa, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). **Cuadernos Médico Sociales**, 39, pp. 3-28, 1987.
- _____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992, 226 pp.
- _____. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 5-103.
- Weber, M. Conceitos sociológicos fundamentais, in: Max Weber. **Economia e sociedade**. 3.a ed. Brasília: EdUnb, 1994, pp. 3-35.
- Vilasbôas, A. L. Q. **Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. Doutorado. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006, 166 pp.

TEXTO 2

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Indicadores básicos. p 53 – 68.

PROCESSO DE PLANEJAMENTO

Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro. (CHORNY, 1998)¹

A conformação do PlanejaSUS confere especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo e, ao mesmo tempo, à coresponsabilidade de todos os entes federados para com a saúde da população.

O PlanejaSUS busca apropriar-se da experiência acumulada pela área ou serviços de planejamento nas três esferas de gestão que, no tocante à direção nacional, tem como exemplo importante a formulação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2007 — Um pacto pela Saúde no Brasil —, cujo processo evidenciou a necessidade de uma ação permanentemente articulada, nos moldes de uma atuação sistêmica. Para possibilitar a apropriação desse Sistema pelas distintas esferas de gestão, é preciso considerar algumas premissas a seguir apresentadas.

- O processo ascendente de planejamento, definido pela Lei Orgânica da Saúde, configura-se relevante desafio para os responsáveis por sua condução, em especial aqueles das esferas estadual e federal, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde

¹ Fonte: CHORNY, A. H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

ainda prevalente, quer em relação ao acesso, quer no tocante à integralidade e à qualidade da atenção prestada.

- Quanto à gestão, é importante levar em conta o fato de que cerca de 90% dos municípios têm menos de 50 mil habitantes e que 48% possuem menos de 10 mil, apresentando, no âmbito do planejamento, uma organização ainda incipiente, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível.
- A área de planejamento do SUS ainda necessita, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade.
- A disponibilidade de infra-estrutura adequada e a atualização contínua nas técnicas e métodos do planejamento em si — sobretudo em se tratando de monitoramento e avaliação, no seu sentido mais amplo —, assim como o domínio necessário das características e peculiaridades que cercam o próprio SUS e do quadro epidemiológico do território em que atuam, são condições estratégicas para a coordenação do processo de planejamento.
- Na condição de Sistema, e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as áreas de planejamento das três esferas de governo.
- Os processos de planejamento devem ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada esfera de gestão, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o PlanejaSUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS. Nesse sentido, de forma tripartite, devem ser permanentemente pactuadas as bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, promovida a participação social e buscada a intensificação da articulação intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

- A proposta de formular instrumentos básicos para o processo de planejamento se configura como um dos objetivos específicos do PlanejaSUS. Destacam-se ainda a: -- pactuação de diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, englobando o monitoramento e a avaliação, que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade
- implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- promoção da integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a intersectorialidade deste Sistema, de forma articulada com as suas diferentes etapas;
- monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o PlanejaSUS e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.



INSTRUMENTOS E CONCEITOS

No que se refere aos instrumentos de planejamento, existem distintos modelos e métodos que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendências, até modelos complexos, com fundamento em diferentes marcos teóricos e conceituais, que propõem uma visão mais elaborada da situação problematizada, levando em consideração as variáveis externas ao problema, as visões e proposições dos diferentes atores sociais envolvidos e do planejamento em particular. Seja qual for a opção feita — e, no âmbito do PlanejaSUS, esta opção foi a da construção coletiva —, o importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos.

O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos:

- o **Plano de Saúde** e as respectivas **Programações Anuais de Saúde**; e
- os **Relatórios Anuais de Gestão**.

Esses instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos pelo PlanejaSUS. Nesse sentido, estão estabelecidos como instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão (BRASIL, 2006c).

PLANO DE SAÚDE

O processo de formulação participativo e ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social. Para o cumprimento da orientação legal, verifica-se, todavia, a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País. Dessa forma, o Plano de Saúde – como instrumento referencial básico – deve refletir essas diferentes realidades.

Assim, na organização e implementação do PlanejaSUS, é importante observar o conceito básico do que é o Plano de Saúde, definido no Art. 2º da Portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006d), e que comporta, logicamente, a incorporação das adaptações que se fizerem necessárias, em cada esfera de gestão, em consonância com a política nacional de saúde expressa nos respectivos atos normativos.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como **Plano de Saúde** o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **objetivos, diretrizes e metas**.

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde.

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A **Programação Anual de Saúde** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Na Programação, são detalhadas – a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde – as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano. É importante identificar também as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.

Cabe assinalar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área de planejamento ou, no caso de não existir, por uma equipe designada para tal.

Em outras palavras, isso significa que a Programação Anual de Saúde contém – de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica – as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da Programação compõem o Relatório Anual de Gestão.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

O **Relatório Anual de Gestão** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2006d).

Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de ações e metas que foi definido na Programação Anual de Saúde.

Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados. Essa avaliação, como destacado no item 5 adiante, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

ESTRUTURA BÁSICA DOS INSTRUMENTOS

PLANO DE SAÚDE

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

- identificar problemas e situações que requerem a implementação de soluções;
- identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória;
- estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;
- definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado;
- utilizar instrumentos pactuados anteriormente, tais como Plano de Saúde, Planos Diretores, Relatórios Anuais de Gestão, relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, entre outros.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o atendimento desses requisitos compreende dois momentos, a saber:

- análise situacional; e
- formulação dos objetivos, diretrizes e metas.

Na conformidade do Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006d), são indicados como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação dos objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde:

- as **condições de saúde da população** (este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde);
- os **determinantes e condicionantes** de saúde (este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersetorialidade); e
- a **gestão em saúde** (este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, participação social, infra-estrutura, descentralização etc).

ANÁLISE SITUACIONAL

A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado. Por exemplo: uma taxa de mortalidade infantil que supere os valores esperados em função dos conhecimentos e das técnicas disponíveis.

A identificação dos problemas – na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde – deverá ser feita com base nos três eixos acima mencionados (condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde).

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Para obter informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, é necessário desenhar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. As principais fontes para obtenção desses dados são: o Censo Populacional do IBGE; o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que pode ser acessado por via eletrônica (<http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas>); o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA/SIH (<http://www.datasus.gov.br>); Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa (<http://www.ripsa.org.br>); e Sala de Situação do Ministério da Saúde (<http://www.saude.gov.br/saladesituacao>).

Em relação aos dados demográficos, devem ser contemplados, entre outros:

- o crescimento populacional;
- o índice de envelhecimento;
- a estrutura etária da população;
- a taxa de fecundidade;
- a mortalidade proporcional por idade;
- a esperança de vida ao nascer;
- a taxa bruta de mortalidade.

Em relação aos dados socioeconômicos, devem ser contemplados, entre outros:

- a razão de renda;
- a taxa de desemprego;
- os níveis de escolaridade;
- a taxa de analfabetismo; e
- o índice de desenvolvimento humano (IDH).

Em relação aos dados epidemiológicos, devem ser contemplados, entre outros:

- a mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária;
- a morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e
- a identificação de grupos vulneráveis ou de necessidades que demandam intervenções específicas (por exemplo, população indígena, grupos assentados, quilombolas, alimentação e nutrição, atividade física, acidentes e violências etc.).

OBSERVAÇÃO

Sugere-se que, quando necessário, os dados sejam desagregados segundo raça, sexo e faixa etária. Nas bases de dados anteriormente apontadas, essas informações estão disponíveis. Para a construção de indicadores, uma fonte de consulta importante é a publicação da Ripsa, intitulada "Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações", também disponível nos seguintes endereços eletrônicos: <http://www.ripsa.org.br> (indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil - IDB) e <http://www.saude.gov.br> (informações de saúde).

A análise situacional, além daqueles acima explicitados, compreenderá também as vertentes identificadas a seguir:

- **Vigilância em saúde:** analisar a atuação voltada a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.
- **Atenção básica:** analisar a organização e o funcionamento, com destaque para aspectos ligados ao acesso às ações e serviços de saúde, à estratégia de saúde da família e à qualidade e humanização do atendimento.



- **Assistência ambulatorial especializada:** analisar a organização e o funcionamento, com destaque para oferta e demanda de serviços, incorporação tecnológica, articulação e fluxo entre os diferentes níveis assistenciais, a resolubilidade e os mecanismos de regulação.
- **Assistência hospitalar:** analisar a organização e o funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos estabelecimentos conveniados, com destaque para o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a disponibilidade de equipamentos hospitalares.
- **Assistência de urgência e emergência:** analisar a organização e o funcionamento com ênfase na estrutura física e tecnológica; atendimento pré-hospitalar; qualificação da equipe profissional; disponibilidade de transportes para transferência de pacientes; unidades de pronto atendimento não hospitalares e estruturação dos mecanismos de regulação.
- **Assistência farmacêutica:** analisar a organização e a prestação desta assistência, compreendendo desde o acesso ao elenco básico e o fornecimento dos medicamentos excepcionais, até o financiamento.

DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

Nesse eixo, deverão ser identificadas as medidas intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo.

A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas. Como exemplo, figuram: meio ambiente/saneamento, ciência e tecnologia, defesa do consumidor (Ministério Público) e educação (como a formação de profissionais para o setor saúde).

GESTÃO EM SAÚDE

Nessa análise, estarão compreendidos o planejamento, a descentralização/regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infra-estrutura e a informação em saúde.

- **Planejamento:** analisar a estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento, bem como a sua interação com o centro de decisão.
- **Descentralização/regionalização:** analisar a cooperação entre as esferas de governo; estratégia de coordenação de promoção da equidade; funcionamento da comissão intergestores; funcionamento e participação no Colegiado de Gestão Regional; Termo de Compromisso de Gestão; desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde.
- **Financiamento:** analisar as transferências entre as esferas de gestão; gasto público total; execução orçamentária e financeira; fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento.
- **Participação social:** analisar a articulação entre os gestores e os Conselhos de Saúde; as resoluções e deliberações dos Conselhos e das Conferências de Saúde; as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais.
- **Gestão do trabalho em saúde:** analisar a composição da equipe de saúde; tipos de vínculos; mecanismos de negociação com os profissionais de saúde; e planos de cargos e sa-



lários; identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho. Como exemplo, verificar os mecanismos de valorização dos trabalhadores e os aspectos relativos à humanização das relações de trabalho.

- **Educação em saúde:** analisar os processos de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, de serviços e de participação social.
- **Informação em saúde:** identificar os bancos de dados existentes, analisando a sua alimentação, qualidade e utilização na produção de informações necessárias ao processo de tomada de decisões. Identificar as distintas fontes de dados disponíveis e verificar a compatibilização dos diferentes instrumentos de coleta de dados.
- **Infra-estrutura:** analisar os recursos logísticos, a rede física e os projetos de investimento.

FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

Como assinalado anteriormente, o momento subsequente à análise situacional é o de formulação dos objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde. Essa formulação deverá ser feita consoante aos mesmos três eixos adotados na análise situacional, quais sejam: (i) condições de saúde da população; (ii) determinantes e condicionantes de saúde; e (iii) gestão em saúde.

Os **objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

A proposição de objetivos tem a ver não só com a explicação dos problemas, mas também com os resultados do processo de análise de sua viabilidade. É importante considerar a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e realizar a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo. Se bem formulado, o objetivo descreverá a situação a ser alcançada.

Para exemplificar, é transcrito, abaixo, um objetivo formulado no escopo do Plano Nacional de Saúde – 2004/2007.

Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde. (BRASIL, 2005).

Como fica claro no exemplo, efetivar traduz a situação a ser alcançada no que se refere à organização da atenção básica. Se o objetivo é efetivar, significa que esse modelo de atenção já está implantado e o que se pretende alcançar é a sua consolidação.

As **diretrizes** são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas.

São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado-síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

Mantendo a lógica do exemplo apresentado acima, uma das diretrizes definidas no PNS para o alcance do objetivo selecionado é: “Expansão e efetivação da atenção básica de saúde.” (BRASIL, 2005).

Estratégia é a forma que se pretende adotar ou operacionalizar determinada diretriz. Por exemplo: para o cumprimento da diretriz destacada, uma estratégia é a “ampliação das equipes de saúde da família, às quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu trabalho”. (BRASIL, 2005).

Prioridades são as medidas que serão privilegiadas ou que terão caráter essencial.

No texto de contextualização da diretriz tomada como exemplo – “Expansão e efetivação da atenção básica de saúde” –, destacam-se como prioridades a “adequação e instalação de unidades básicas de saúde, ao lado da integração da atenção básica com os demais níveis da atenção”. (BRASIL, 2005).

As **metas** são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”. No âmbito do Plano de Saúde, a definição de metas para o período de quatro anos deve ser feita com especial atenção, visto que dizem respeito à efetividade das medidas adotadas sobre a situação de saúde da população e da gestão do Sistema de Saúde. **Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas.** Por exemplo: que indicadores serão usados e quais são as fontes de dados ou que estudos deverão ser desenvolvidos, inclusive como, quando e quem os desenvolverá.

Indicador é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas.

As variáveis são os dados sobre determinado fato ou situação que compõem o numerador e o denominador do indicador.

A título de exemplo, e ainda seguindo a lógica do PNS 2004-2007 (BRASIL, 2005), para o objetivo de “efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde” e para o cumprimento da diretriz: “expansão e efetivação da atenção básica de saúde”, foram definidas, entre outras, as seguintes metas:

Ampliar para 30 mil o número de equipes de saúde da família	2004-2007
Implantar, nos 231 municípios com mais de 100 mil habitantes, o Projeto de Expansão de Saúde da Família (Proesf)	2004-2007
Ampliar para 18 mil o número de equipes de saúde bucal	2004-2007

Cabe reafirmar que os objetivos, as diretrizes e as metas são para um período de quatro anos. Assim, devem ser agregadas de forma a possibilitar a verificação do real impacto de sua implementação sobre a situação inicial, descrita no momento da análise situacional. Por outro lado, na Programação Anual em Saúde, as metas devem ter um nível de desagregação que permita a sua análise ao final de um ano orçamentário.

Se os **objetivos e as metas** estiverem suficientemente claros e precisos, a elaboração da Programação Anual de Saúde será bastante facilitada. Vale reiterar que a Programação compreende o desdobramento e o detalhamento do Plano de Saúde para um ano orçamentário.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o Plano de Saúde conterà, minimamente, o seguinte formato:

- análise situacional;
- objetivos, diretrizes e metas.

Os eixos norteadores para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são:

- condições de saúde da população;
- determinantes e condicionantes de saúde; e
- gestão em saúde.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

O horizonte temporal da **Programação Anual de Saúde** coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Nesse sentido, cabe assinalar que o Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

São objetivos da **Programação Anual de Saúde**:

- integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipal, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;
- consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- viabilizar a regulação, o controle e a avaliação do sistema de saúde;
- definir a macro-alocação dos recursos do SUS para o financiamento do sistema;
- promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo;
- contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Como já assinalado, atualmente, existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI/Assistência) e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PVS).

Esses instrumentos apresentam aberturas programáticas específicas de acordo com o objeto da pactuação. Assim sendo, na PPI estão pactuados os procedimentos e recursos financeiros relativos à assistência à saúde.

Essas considerações são importantes para subsidiar a elaboração do instrumento de **Programação Anual de Saúde** que, no contexto do PlanejaSUS, deve assegurar o desenvolvimento do Plano e contemplar o conjunto das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, a **Programação Anual de Saúde** conterá, minimamente, o seguinte formato:

- definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- estabelecimento das metas anuais;
- definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

As **ações** são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde.

São exemplos de ações:

- contratar profissionais para compor as equipes de saúde bucal;
- realizar cursos para as equipes de saúde bucal.

As metas anuais da Programação são expressões quantitativas das ações definidas. O estabelecimento das metas anuais deve ter em conta as metas definidas no Plano de Saúde.

Considerando as ações apresentadas anteriormente, são exemplos de metas anuais da Programação:

- contratar x dentistas e y técnicos em higiene dental;
- realizar x cursos para as equipes de saúde bucal.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

O **Relatório Anual de Gestão** deverá ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o **Relatório Anual de Gestão** conterá, minimamente:

- o resultado da apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contido na Programação Anual;
- a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira);
- as recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação).

Portanto, além de apresentar o desempenho da execução das ações e o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão fornece as bases para o ajuste do Plano e indica os rumos para a programação do ano seguinte.

PROCESSOS BÁSICOS

PLANO DE SAÚDE

Cabe reiterar preliminarmente que, tendo em conta os dispositivos constitucionais e legais, os instrumentos básicos adotados pelo Planejamento em Saúde – Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão – devem orientar o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a

Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação.

Assim, considerando que o último ano de vigência do Plano corresponde ao primeiro ano de um novo governo, o processo de formulação deve começar logo no início deste governo. Os ajustes pretendidos pela nova administração poderiam estar expressos na Programação Anual de Saúde, o que dispensaria revisar esse Plano de Saúde.

Em linhas gerais, o processo de formulação do Plano de Saúde deve considerar:

- a formalização da decisão do gestor de construir o Plano (por meio de uma portaria ou outro instrumento próprio da respectiva esfera de gestão). Outra possibilidade é a apresentação da proposta de construção do Plano ao respectivo Conselho de Saúde, que se manifestaria por meio de uma resolução a ser aprovada pelo gestor. Nesse caso, seria interessante que essa proposta contivesse o processo básico sugerido no presente documento, obviamente com as adaptações julgadas importantes pelo gestor proponente;
- a área de planejamento da respectiva esfera de gestão – no caso de sua inexistência, uma equipe designada pelo gestor – deve ser incumbida de reunir e analisar alguns insumos indispensáveis, tais como o PPA, os relatórios das Conferências de Saúde (respectiva e, se disponível, estadual e nacional), os relatórios de avaliação do Plano vigente, os Relatórios Anuais de Gestão disponíveis e o Termo de Compromisso de Gestão;
- a partir da referida análise, a equipe formulará uma proposta inicial, adotando a estrutura básica – com as adaptações que a realidade local indicar –, a qual deve ser discutida com as áreas técnicas respectivas para correções, ampliações, aperfeiçoamentos etc.;
- a equipe promoverá também encontros/reuniões com o Conselho de Saúde e eventos específicos com a comunidade ou representações de segmentos sociais para a discussão dessa proposta inicial;
- o mesmo deve ocorrer com outros setores cuja atuação tem impacto sobre a saúde;
- as propostas oriundas dessas iniciativas deverão ser analisadas e incorporadas à proposta inicial que, nesta etapa, passa a ser considerada versão preliminar;
- essa versão será submetida novamente às áreas técnicas para apreciação e aprovação e, posteriormente, ao respectivo gestor;
- a partir da aprovação, essa versão passa a ser a proposta de Plano de Saúde da respectiva esfera de gestão, que deverá ser submetida formalmente ao Conselho de Saúde (CS);
- a versão aprovada pelo CS deverá ser publicada em ato formal do gestor e assumida como instrumento orientador estratégico da gestão, do qual decorrem os demais instrumentos.

No item 4 deste guia, relativo à estrutura básica dos instrumentos do PlanejaSUS, foram levantados os aspectos essenciais inerentes aos processos de construção do Plano, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão. A seguir, estão destacados tais aspectos com algumas informações complementares.

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A elaboração da Programação Anual de Saúde, como referido, deve orientar a formulação do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual, observando-se os prazos estabelecidos para a formulação destes instrumentos.

A equipe de planejamento deverá coordenar o processo de elaboração da **Programação** que é formulada nas distintas áreas técnicas, tendo por base as suas respectivas programações ou, na ausência destas, as necessidades próprias de cada uma. Essas programações específicas e/ou pactos são, assim, insumos necessários para a Programação Anual de Saúde da esfera de gestão correspondente.

Isso significa que não existe precedência de uma programação sobre a outra. Ou seja: não é preciso se dispor de uma para, depois, formular a outra. A Programação Anual contém a programação específica e vice-versa. O que as difere é o nível de agregação ou desagregação das ações e outros elementos nelas presentes.

Vale lembrar que a Programação Anual de Saúde coincide com o ano orçamentário.

A equipe de planejamento deverá acompanhar todo o processo e consolidar a **Programação Anual de Saúde**.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

A equipe de planejamento deverá orientar e apoiar as áreas técnicas na apuração dos resultados a partir do conjunto de ações e metas definido na Programação, assim como a análise do impacto destes resultados sobre a situação descrita no respectivo Plano de Saúde. Caberá também às áreas técnicas formular recomendações que julgarem necessárias e propor ajustes na Programação e no Plano de Saúde.

A equipe de planejamento deverá sistematizar o trabalho realizado pelas áreas técnicas, conformando o documento final que expressará o **Relatório Anual de Gestão**.

AValiação

A avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos.

Além de sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e para a resolubilidade das ações e serviços de saúde prestados à população, a avaliação do Plano de Saúde é de grande importância para a implementação e a consolidação do Sistema de Planejamento do SUS.

É importante destacar que o registro sistematizado da avaliação – expresso em documento específico – deve ocorrer ao final da vigência do Plano de Saúde. Contudo, na perspectiva de transformar a avaliação num processo contínuo e ágil, durante todo o período de execução do Plano, os procedimentos de avaliação podem alimentar a trajetória estratégica definida, indicando as mudanças de rumo que se fazem necessárias para atingir os resultados esperados.

Um requisito fundamental para a avaliação é a disponibilidade e a utilização adequada de informações. No Brasil, existe uma grande quantidade de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do Governo, como o IBGE, que estão disponíveis por via eletrônica. Essas informações devem ser acessadas para a mencionada avaliação do Plano ou mesmo criadas no âmbito da gestão para utilização específica.

Conforme assinalado anteriormente, encerrado o prazo de vigência do Plano de Saúde, é importante que se proceda à avaliação dos resultados alcançados, que deve ser expressa em um documento específico. Para tal, os Relatórios Anuais de Gestão são essenciais. Caberá à equipe de planejamento elaborar uma proposta a ser discutida com as áreas técnicas. Após a aprovação pelo gestor, é importante que a avaliação seja apresentada e discutida pelo respectivo Conselho de Saúde.

A avaliação deve contemplar uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas a serem desencadeadas. Do ponto de vista operacional, a avaliação do Plano de Saúde deve ser um documento que guarde estreita relação com os eixos do Plano de Saúde e com os objetivos e metas definidos em seu escopo. Deve ainda ser abrangente, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolve a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde.

A avaliação deve ser realizada a partir dos indicadores selecionados e contemplando as seguintes questões, relativas à execução do Plano de Saúde:

- modificações na situação política, econômica, social e institucional;
- impacto das ações desenvolvidas sobre as condições de saúde da população;
- alterações no acesso a serviços e ações de saúde de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas;
- adequação dos mecanismos e instrumentos de gestão;
- execução físico-financeira do orçamento e de ações;
- demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o documento de avaliação do Plano poderá ser organizado, minimamente, com o seguinte formato:

- síntese do processo de construção do Plano;
- avaliação do cumprimento das metas, da observância das diretrizes e do alcance dos objetivos, segundo cada um dos eixos específicos do Plano de Saúde;
- avaliação do impacto da implementação do Plano, a partir dos resultados verificados no item anterior, sobre a situação de saúde descrita no momento de análise situacional;
- apresentação de recomendações considerando a avaliação realizada, relativas à construção do novo plano, da reprogramação e das intervenções necessárias.

PORTARIA Nº 3.176, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008 (*)

Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e

Considerando o inciso XVIII do art. 16 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que atribui ao Ministério da Saúde a competência de "elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal";

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, no qual é definido o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus objetivos e pontos prioritários de pactuação;

Considerando as Portarias Nº 3.085/GM, de 1º de setembro de 2006, e Nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que, respectivamente, regulamenta o referido Sistema de Planejamento do SUS e aprova orientações gerais acerca de seus instrumentos básicos;

Considerando que o Relatório Anual de Gestão é um dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento, ao lado do Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde;

Considerando que o Relatório Anual de Gestão, além de ser instrumento de comprovação da execução do Plano de Saúde de cada esfera de gestão do SUS é, também, de acordo com a Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instrumento de comprovação da aplicação dos recursos da União repassados a Estados e Municípios;

Considerando que o Relatório Anual de Gestão é também subsídio para as ações de auditoria, fiscalização e controle;

Considerando que a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, segundo a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, mediante relatório de gestão;

Considerando a necessidade de as três esferas de gestão disporem de orientações que favoreçam a elaboração, a aplicação e o fluxo pertinente dos Relatórios Anuais de Gestão, de modo que sejam efetivamente instrumentos estratégicos na melhoria contínua da capacidade resolutiva do SUS; e

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 11 de dezembro de 2008, resolve:

Art. 1º Aprovar as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão (RAG), constantes

desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG.

Art. 2º O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

§ 1º A formulação de qualquer um desses instrumentos básicos referidos no caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento.

§ 2º O PS, elaborado para um período de quatro anos, é o instrumento que, no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais devem ser expressas nas respectivas PAS.

§ 3º Os TCG devem ser elaborados de acordo com os respectivos Planos de Saúde.

Art. 3º O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS na respectiva esfera de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e das respectivas PAS.

Parágrafo único. O PS, as respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras:

- I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;
- III - apoiar a participação e o controle sociais; e
- IV - subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria.

Art. 4º A elaboração, a aplicação e o encaminhamento dos instrumentos referidos no caput devem considerar:

- I - a estrutura da PAS e do RAG decorre do PS, não comportando, portanto, análise situacional;
- II - o PS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA); e
- III - a PAS e o RAG, como instrumentos anuais, apresentam estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e o segundo, analítico/indicativo.

Art. 5º Considerar como características essenciais do RAG:

- I - clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento;
- II - unidade nos conceitos de seus elementos constituintes; e
- III - estrutura básica, passível de aplicação pelas três esferas e de adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de cada uma.

Art. 6º Determinar como conteúdo do RAG os seguintes elementos constitutivos:

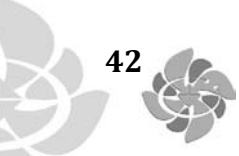
- I - os objetivos, as diretrizes e as metas do PS;
- II - as ações e metas anuais definidas e alcançadas na PAS, inclusive as prioridades indicadas no TCG ;
- III - os recursos orçamentários previstos e executados;
- IV - as observações específicas relativas às ações programadas;
- V - a análise da execução da PAS, a partir das ações e metas, tanto daquelas estabelecidas quanto das não previstas; e
- VI - as recomendações para a PAS do ano seguinte e para eventuais ajustes no PS vigente.

Art. 7º Determinar que o Relatório Anual de Gestão tenha a seguinte estrutura:

- I - introdução sucinta, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente, ato ou reunião que aprovou o respectivo PS, e registro de compromissos técnico-políticos necessários, entre os quais o TCG;
- II - quadro sintético com o demonstrativo do orçamento, a exemplo do que é encaminhado anualmente aos respectivos Tribunais de Contas;
- III - quadros com os elementos constitutivos do RAG constante do art. 3º, desta Portaria;
- IV - análise sucinta da execução da PAS feita a partir do conjunto das ações e metas nelas definidas, bem como daquelas não previstas; e
- V - recomendações, descritas também de forma sintética, as quais podem ser relativas à PAS do ano seguinte e aos ajustes necessários no PS vigente ou ao novo.

Art. 8º Estabelecer o seguinte fluxo para o RAG:

- I - os Municípios encaminharão à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para conhecimento, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução do respectivo Conselho de Saúde (CS) que aprova o RAG, assim como informação quanto ao PMS que, se aprovado, a data de sua aprovação, e se está em apreciação pelo CMS, data de seu encaminhamento;
- II - os Municípios deverão encaminhar à CIB, para conhecimento, quando o processo de apreciação e aprovação do RAG pelo CS ultrapassar o referido prazo, ata da reunião do Conselho que formalize esta situação, informando também acerca do PMS que, se aprovado, a data de sua aprovação, e se está em apreciação pelo CMS, data de seu encaminhamento;
- III - a União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo CS, encaminharão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução que aprova o respectivo RAG;
- IV - as CIB consolidarão as resoluções relativas aos RAG municipais e as informações acerca dos respectivos PMS, em formulário específico, conforme modelo constante do Anexo a esta Portaria, encaminhando-o à CIT até o dia 30 de junho de cada ano;
- V - as CIB deverão atualizar mensalmente e encaminhar à CIT as informações sobre os Municípios que aprovarem o seu PMS e o RAG nos respectivos CS; e
- VI - a CIT deverá consolidar as informações recebidas das CIB e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.



Art. 9º Estabelecer que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devam enviar os seus RAG aos respectivos Tribunais de Contas, e guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

Parágrafo único. O RAG deve estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Fica revogada a Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007, publicada no Diário Oficial da União Nº 100, de 25 de maio de 2007, Seção 1, página 45.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

Modelo de formulário de informe das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) referente aos Planos Municipais de Saúde e aos Relatórios Anuais de Gestão Municipais.

ESTADO: Código IBGE:

Município Plano Municipal de Saúde(*) (PMS) Relatório Anual de Gestão apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) Relatório Anual de Gestão em análise pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) Sem informação

(*) Preencher, conforme a seguinte legenda:

PMS apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde – 1

PMS em análise pelo Conselho Municipal de Saúde – 2

Local e data:

Assinatura do coordenador da CIB:

Assinatura do Presidente do Cosems:

(*) Republicada por ter saído no DOU Nº 253, de 30-12-2008, seção 1, pág 70, com correção no original. DOU de 11/01/2010.

PORTARIA Nº 2.751, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009

Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, parágrafo único, art. 87, da Constituição, e

Considerando que o plano de saúde, a Programação Anual de Saúde e o relatório de gestão expressam o Sistema de Planejamento do SUS e são instrumentos estratégicos para a implementação do Pacto pela Saúde no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade de estabelecer a integração e a correspondência temporal que relacionem a formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS com a elaboração dos instrumentos do Pacto pela Saúde;

Considerando a decisão do Plenário da Comissão Intergestores Tripartite, de pactuação do documento "Interface dos Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS", em reunião ocorrida no dia 27 de agosto de 2009, resolve:

Art. 1º Os prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e dos Pactos pela Saúde serão integrados conforme o estabelecido nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a observância do caput deste artigo, consideram-se os seguintes instrumentos:

- I - plano de saúde;
- II - Programação Anual de Saúde;
- III - relatório de gestão;
- IV - Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos; e
- V- Plano Diretor de Regionalização.

Art. 2º O prazo de vigência do plano de saúde, do Plano Diretor de Regionalização e do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos será de quatro anos.

Parágrafo único. A temporalidade quadrienal do plano de saúde, do Plano Diretor de Regionalização e do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos alinhar-se-á à do Plano Plurianual (PPA).

Art. 3º O plano de saúde e o Plano Diretor de Regionalização poderão ser ajustados anualmente de acordo com as indicações previstas no relatório de gestão.

Art. 4º O Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos deverão ser revistos anualmente, até 31 de março, conforme as indicações constantes do relatório de gestão.

Art. 5º A elaboração do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos deverá ocorrer no primeiro ano de gestão e sua implementação dar-se-á do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente, seguindo a mesma periodicidade do plano de saúde.

Art. 6º A periodicidade de elaboração e a operacionalização dos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e do Pacto pela Saúde encontram-se disciplinadas no Anexo a esta Portaria.

Art. 7º O processo de pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão e seus Anexos na Comissão Intergestores Tripartite e na Comissão Intergestores Bipartite, bem como de aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde observará o seguinte:

I - os Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal e seus Anexos deverão ser pactuados na Comissão Intergestores Bipartite e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde a cada quatro anos; e

II - o Termo de Compromisso de Gestão Federal e seus Anexos deverão ser pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde a cada quatro anos.

Parágrafo único. Os Termos de Compromisso de Gestão e seus Anexos serão homologados na Comissão Intergestores Tripartite no momento da adesão ao Pacto pela Saúde.

Art. 8º O Plano Diretor de Regionalização deverá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite e aprovado no Conselho Estadual de Saúde.

§ 1º O Plano Diretor de Regionalização poderá integrar o plano estadual de saúde ou ser tratado separadamente, desde que:

I - observe as políticas e os compromissos de saúde contidos no plano estadual de saúde;

II - defina o modelo de regionalização adotado e os investimentos necessários para a sua consecução; e

III - seja revisto a partir das indicações do relatório de gestão.

§ 2º Os recursos de investimentos destinados a atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual e à efetivação da regionalização, serão considerados parte integrante do Plano Diretor de Regionalização.

Art. 9º O instrumento eletrônico Aplicativo do Pacto pela Saúde - SISPACTO, disponível no sítio www.saude.gov.br/sispacto, será a ferramenta a ser utilizada pelos gestores do SUS para o registro do Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos, quando da adesão ao Pacto pela Saúde, bem como de sua revisão anual e elaborações subsequentes.

Parágrafo único. Os gestores do SUS deverão registrar e validar os ajustes ao Termo de Compromisso de Gestão e seus Anexos no SISPACTO, até 31 de março, ou validar o pactuado anterior-

mente caso não haja ajustes.

Art. 10. O Ministério da Saúde disponibilizará o documento: "Interface dos Instrumentos do Sistema de Planejamento e dos Instrumentos de Pactuação do SUS", orientador do objeto desta Portaria, no sítio www.saude.gov.br/sispacto.

Parágrafo único. O Anexo a esta Portaria será disponibilizado no sítio eletrônico indicado no caput deste artigo.

Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

Instrumento	Periodicidade	Observações
Plano de saúde - PS e Plano Diretor de Regionalização - PDR	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Plano Plurianual - PPA	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, observados os prazos previstos na legislação vigente. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO	Anual	O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias deve ser encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Lei Orçamentária Anual - LOA	Anual	O projeto de Lei Orçamentária Anual será encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Programação Anual de Saúde - PAS	Anual	Elaboração durante o ano, para execução no ano subsequente. Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão Municipal, relativo ao ano anterior, pelo Conselho municipal de Saúde, à CIB, até 31 de maio do ano em curso.
Relatório de gestão	Anual	Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão Estadual, re-lativo ao ano anterior, pelo Conselho Estadual de Saúde, à CIT, até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão federal, re-lativo ao ano anterior, pelo Conselho Nacional de Saúde, à CIT, até 31 de maio do ano em curso.
Termo de Compromisso de Gestão - TCG e Anexos	A cada quatro anos	Durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.

LEITURA COMPLEMENTAR

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009. 200p. **(REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE)**.

PLANEJAMENTO

PARA ENTENDER

O planejamento é essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo uma ação contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território.

Planejar implica definir prioridades, mobilizar recursos e vontades em prol de objetivos conjuntamente estabelecidos, em um processo aberto e dinâmico, que oriente o cotidiano da Saúde municipal, em seus vários espaços. Por meio do Pacto pela Saúde, foram acordados dois instrumentos básicos de planejamento no âmbito do SUS: o Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

O Plano de Saúde - compatível com o Plano Plurianual (PPA), com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e com a Lei Orçamentária Anual (LOA) -, abrangerá um período de quatro anos e deve partir de uma análise situacional, apresentando as intenções e os resultados a serem buscados no período, expressos em prioridades, objetivos, diretrizes e metas.

Sugestão para uma situação ideal cronológica:

- O plano de saúde do primeiro ano é baseado no Plano Plurianual aprovado na gestão anterior
- Conferência municipal de saúde no primeiro ano de gestão definirá as prioridades e diretrizes políticas para a elaboração do Plano Plurianual desta gestão, válido até o primeiro ano da gestão seguinte e base para os planos anuais.

Já a Programação Anual de Saúde deve expressar em formas operacionais as intenções fixadas pelo Plano de Saúde, para cada ano, por meio de prioridades, ações e metas. A programação anual de saúde está ligada à LDO anual (parte da lei do PPA) e da lei orçamentária anual.

Por fim, o Relatório de Gestão, também elaborado ao final de cada ano, apresentará os resultados alcançados com a Programação Anual.

PASSO-A-PASSO

Uma gestão municipal que se inicia deve conhecer o planejamento deixado pela anterior: o plano de saúde; o que deu certo; o que não funcionou; e os porquês.



Em seu primeiro ano, caberá à nova gestão construir um Plano de Saúde para os quatro anos futuros.

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário identificar os problemas e as prioridades de intervenção, de modo a se buscar soluções eficazes. (Para tanto, é necessário identificar os fatores que condicionam e determinam as situações consideradas insatisfatórias, além de estabelecer as linhas a serem seguidas na solução desses problemas).

Também é preciso definir quem serão os responsáveis pela execução do Plano, definindo-se as ações a serem desenvolvidas e as formas de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados.

A cada ano, deve ser elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) contendo as ações que, no ano específico, garantirão o cumprimento do Plano de Saúde, estabelecendo as metas anuais de cada ação, os recursos previstos a serem utilizados, os indicadores a serem utilizados no monitoramento, os responsáveis pelas execuções e as parcerias estabelecidas.

É também responsabilidade de cada município prestar contas do que poderá ou não realizar, de seu Plano de Saúde e Programação Anual, devendo também sugerir ajustes no Plano.

Esta prestação de contas deve ser feita, trimestralmente, ao Conselho Municipal de Saúde e à Câmara Municipal e, anualmente, (o primeiro é o de 2008) por meio do Relatório Anual de Gestão, que deve conter, minimamente:

- A análise do desempenho do plano de saúde em relação aos objetivos, diretrizes e metas.
- As ações e metas anuais definidas e alcançadas, assim como aquelas não previstas, incluindo as prioridades, ações e metas do TCG.
- Os recursos orçamentários previstos e executados.
- Análise da execução da Programação anual de saúde do ano correspondente, a partir de suas ações e metas.
- As recomendações para a PAS do ano seguinte e para ajustes no OS.
- Os indicadores de saúde apurados pelo município.
- Recomendações de ajustes, como, por exemplo, revisão dos indicadores ou reprogramação.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados pelo Colegiado de Gestão Regionais (CGR) bem como com as responsabilidades e compromissos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão Municipal; seus instrumentos devem ser aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde.

Importante ainda é envolver o conjunto de profissionais de Saúde no processo de discussão e elaboração do Plano Municipal de Saúde.

O planejamento é a melhor maneira de alterar a realidade. Esta realidade não se altera apenas a partir das demandas que normalmente entram pela porta do gestor, mas através do processo de planejamento. Na ausência de planejamento estas alterações não têm direção nem sentido. A Constituição preconiza o planejamento das ações públicas em todos os seus setores e esferas de gestão.

Veja o que estabelece a nossa Carta Magna:

CF - Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - os orçamentos anuais.

A Lei Orgânica da Saúde 8142/90 e Lei 8080/90 normalizam este planejamento. Algumas portarias do SUS regulamentam o planejamento, dentre elas estão:

- GM 399, de 22 de 02 de 2006.
- GM 3332, de 28 de 12 de 2006.
- GM 1229, de 24 de maio de 2007.

Na perspectiva municipal, a portaria 399 estabelece como responsabilidades sanitárias a participação no processo de planejamento, segundo diretrizes do Pacto pela Saúde.

Observamos que da constituição à regulamentação do SUS através de suas portarias, o planejamento está previsto em todas as esferas de gestão. Nestes regulamentos, a formulação deste planejamento determina que haja coerência e sincronia entre os diversos instrumentos, áreas e momentos.

Encontramos diversas dificuldades para a implementação do planejamento como processo permanente de trabalho na construção do SUS, entre elas podemos citar as que o gestor deve estar atento:

- A tentativa de imposição de determinados instrumentos ou tecnologias de planejamento específico;
- A tendência de operar o planejamento de forma normativa e não participativa;
- O desvinculo entre o planejamento e os marcos regulatórios do SUS, como o Pacto pela Saúde e seus processos de organização;
- Falta de unicidade entre as diversas áreas técnicas do SUS;
- Planejamento técnico, dissociada da gestão, da participação e do controle social;
- Planejamento dissociado do processo de financiamento ou orçamentação;
- Desrespeito aos tempos diferenciados das esferas de gestão que possuem a regulamentação do PPA em anos diferentes.

O planejamento é um processo permanente de trabalho, e não uma coletânea de documentos elaborados anualmente. É importante que todas as áreas do setor saúde tenham no planejamento seu processo de organização do cotidiano e não um setor específico para a execução do planejamento.

A gestão do SUS deve garantir a participação de todos os seus atores no planejamento, propiciando uma interface de comunicação e integralidade que são vitais para o sucesso do plano. O gestor deve saber valorizar estes fluxos com governabilidade e governança.

O PLANEJAMENTO E A GESTÃO MUNICIPAL

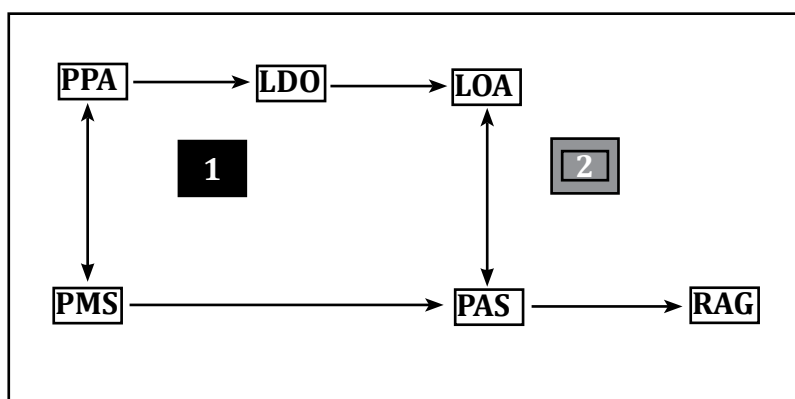
O plano de governo do prefeito eleito deve ser inserido no processo de planejamento do município. O executivo municipal deve expressar este plano de governo no PPA do município, que é a somatória de todas as áreas municipais. Isto pode garantir uma continuidade do desenvolvimento municipal.

O Plano Municipal de Saúde (PMS), um documento que deve ter uma validade de quatro anos, deve ser mais genérico e ser um componente do PPA.

Pelo menos anualmente a parte da saúde do PPA deve ser trabalhada no que conhecemos como Programação Anual da Área. A programação anual de saúde (PAS) ou plano anual de saúde é feita a partir da releitura anual do PPA expressa a LDO e a LOA. O PAS deve explicitar operações e metas a serem cumpridas e expressas na Lei Orçamentária Anual, proposta pelo executivo e aprovada pelo legislativo.

Toda lei orçamentária possui uma flexibilidade que é dada ao gestor para um porcentual de alterações necessárias, que um eventual processo de planejamento contínuo determine em suas revisões de metas. Qualquer alteração no plano municipal deve ser autorizada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Mesmo em situações de emergência ou calamidade, a aplicação dos recursos nestas situações deve ser aprovada posteriormente em uma prestação de contas ao CMS.

Ao final do ano, a avaliação das metas e o desempenho físico e financeiro do PAS devem compor um relatório que é conhecido como Relatório Anual de Gestão (RAG). E este RAG deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.



No quadro acima observamos uma coincidência (1) de datas e vínculo entre a programação anual (PAS) e a lei orçamentária (LOA) - neste caso deve haver uma correlação entre os gastos previstos pela programação proposta e o orçamento municipal.

Já na correlação (2) entre o PPA e o PMS é preciso contemporizar o conteúdo da lei que estabelece que o primeiro ano deva seguir o PPA da gestão anterior com a demanda política pautada pelo programa de governo do novo prefeito eleito (no caso de transição). Esta não é uma tarefa fácil, pois expõe juridicamente o gestor. Recomendamos cuidados para não ferir a lei e ao mesmo tempo atender a demanda política da nova gestão.

É importante ressaltar que não deve haver disputa de competências entre o Legislativo e o Conselho Municipal de Saúde. O CMS é um órgão do Executivo, que viabiliza a participação e o controle social. Sempre cabe ao legislador a última palavra na aprovação da proposta do executivo.

A área da saúde municipal tem avaliações e demandas que precisam ser consideradas no cumprimento das metas aprovadas no Plano Municipal de Saúde. O gestor deve se vitalizar e se

apropriar deste fluxo de informação como instrumento de gestão, pois todo planejamento tem de ser acompanhado e avaliado através da constante correção de rumos e busca do cumprimento das metas planejadas.

A portaria 399 regulamenta a necessidade da elaboração do termo de compromisso de gestão (TCG) que representa as ações e as responsabilidades sanitárias assumidas pelo município. Como cumprir estas responsabilidades se elas não estiverem expressas no Plano Municipal de Saúde, uma vez que a gestão não pode desenvolver nenhuma ação não prevista neste plano?

Não pode haver pactuação de alteração na PPI ou TCG sem a necessária vinculação com a orçamentação.

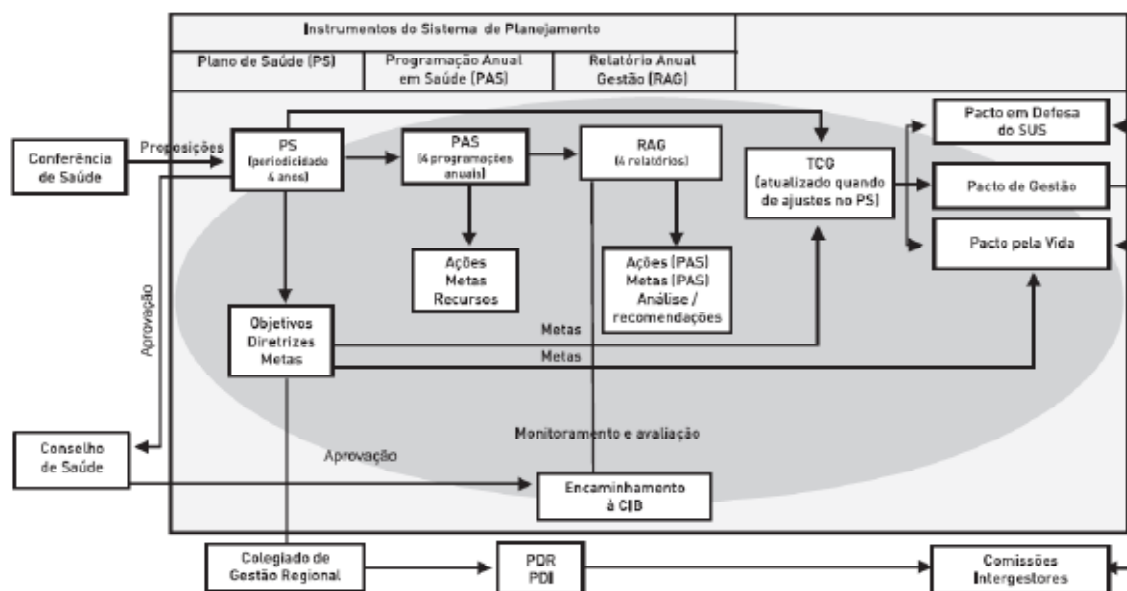
Instrumentos do planejamento:

1. PAS – ou plano anual de saúde, é a revisão das metas e objetivos anuais do PMS A do primeiro ano segue o PPA da gestão anterior.
2. PPA – PLANO PLURI ANUAL - refere-se ao planejamento de toda a administração municipal. Este plano deve estar de acordo com o plano diretor do município. É elaborado pela administração atual no decorrer do primeiro ano de governo, aprovado pela Câmara Municipal, tem validade para os três anos de governo da atual administração e para o primeiro ano da administração seguinte, portanto para quatro anos consecutivos.
3. PMS ou PS - Plano Municipal de Saúde – elaborado a cada quatro anos considerando as diretrizes aprovadas na Conferência Municipal de Saúde
4. RAG – relatório anual de gestão, (portaria 3176 de 24 de 12 de 2008) elaborado pelo gestor anualmente a partir do desempenho financeiro, das metas e programações dos serviços de saúde estabelecidas no PAS, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que encaminha ofício a Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Não há necessidade de encaminhar o RAG, nem para a CIN (SERIA CIT??) e nem para o Ministério da Saúde e sim publicizá-lo e deixá-lo à disposição dos órgãos de controle.
5. TCG - termo de compromisso de gestão, instrumento de pactuação de abrangência municipal e regional. Deve estar contemplado no Plano anual de saúde.
6. PDR – plano diretor regional é a formatação da região de saúde em sua expressão física e política.
7. PDI – plano diretor de investimento é a somatória de investimentos necessários e pactuados no colegiado de gestão regional, para toda a região.
8. CGR – colegiado de gestão regional é um colegiado formado por todos os gestores municipais de saúde, que entre outras obrigações tem a de formatar a Programação Pactuada Integrada.

Resumindo, ao gestor municipal cabe:

1. Estabelecer um processo permanente de planejamento
2. Vitalizar os fluxos de participação e monitoramento
3. Rever anualmente a programação anual de saúde ou PAS que é derivada do PPA
4. A programação (PAS) reflete o TCG (termo de compromisso de gestão e seu cronograma) e a PPI (programação pactuada integrada)

5. Vincular o pactuado regionalmente com a programação (PAS)
6. Corrigir os rumos destes instrumentos com o Planejado.
7. Construir o Relatório Anual de Gestão de acordo com a PAS, avaliando a programação segundo suas metas e objetivos.
8. Apropriar-se destes instrumentos, são responsabilidades sanitárias.



A PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA (PPI) tem que ser pactuada no COLEGIADO DE GESTÃO REGIONAL (CGR) e expressa as programações dos serviços municipais incluindo o que atenderá ou será atendido regionalmente.

A PROGRAMAÇÃO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS é a somatória das ações a serem desenvolvidas para atender o município. Deve incluir também as ações de atendimento de outros municípios nestes serviços no caso de referência regionais pactuadas na PPI.

O Pacto pela Saúde tem como instrumento o TCG – TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO, que expressa a PPI, as Programações locais de assistência, prevenção, proteção, promoção e recuperação, aprovadas no plano municipal de saúde pelo Conselho Municipal.

Regulamentação:

- Lei nº. 8080/90
- Lei nº. 8142/90
- PT MS/GM 1229 de 24 de maio de 2007
- PT MS/GM 3085 de 1 de dezembro de 2006
- PT MS/GM 3176 de 24 de dezembro de 2008.

PARA SABER MAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Cadernos de Planejamento, volumes 1. Sistema de Planejamento do SUS – uma construção coletiva – organização e funcionamento e 2 instrumentos básicos. . Brasília/DF, 2007.

PARA REFLEXÃO

1. Como você pretende desenvolver o planejamento na sua gestão?
2. Qual o seu conhecimento atual sobre cada um dos instrumentos do planejamento no SUS citados acima?
3. Como está a situação do seu município perante estas responsabilidades sanitárias?

BRASIL, Ministério da Saúde. SARGSUS. **Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS. Manual do Usuário**. Versão 1.0. Brasília/DF, 2010. p. 3-11 (transcrição livre).

1. INTRODUÇÃO

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento da gestão do SUS, regulamentado pelo item IV, do art. 4º, da Lei 8.142/1990, utilizado para comprovação da aplicação dos recursos, apresentando os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS). É, portanto, importante para orientar a elaboração da nova programação anual, bem como apontar ajustes, que possam fazer-se necessários, no Plano de Saúde. Torna-se, assim, a principal ferramenta para subsidiar o processo de monitoramento e avaliação da gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, Estadual, no Distrito Federal e União.

(...)

2. O SISTEMA DE APOIO AO RELATÓRIO DE GESTÃO (SARGSUS)

O desenvolvimento desta ferramenta, de apoio à gestão, teve como base o disposto na Portaria GM/MS 3.176/08 e partiu da necessidade do departamento atender às prerrogativas definidas na Portaria GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que regulamentou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS, no Componente Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, a saber : “desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de monitoramento e avaliação, articulando as ações desenvolvidas pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, especialmente as relativas ao cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos dos indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção.” (grifo nosso).

Com o desenvolvimento do SARGSUS, procurou-se auxiliar os gestores no alcance dos compromissos do Pacto pela Saúde, em particular ao estabelecido no eixo 3, das responsabilidades sanitárias referentes ao planejamento e programação, especificamente à responsabilidade 3.3 a) Todo

município deve elaborar o relatório de gestão anual; b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Espera-se, desta forma, que o SARGSUS traga grandes contribuições para os gestores, não só no sentido de atender aos prazos legais de apresentação do RAG juntos aos respectivos conselhos de saúde, como também, aos órgãos de fiscalização e controle do SUS, tendo em vista a responsabilidade do DEMAGS no processo de monitoramento e avaliação do indicador pactuado nacionalmente, desde 2008.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Fornecer aos gestores municipais e estaduais uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde, a partir de uma base de dados com as informações que servirão de fonte para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

3.2. Objetivos Específicos

- Fornecer aos gestores da Saúde uma ferramenta de trabalho facilitadora para a construção do RAG, oferecendo uma plataforma atrativa e interativa;
- Possibilitar aos gestores o cumprimento dos prazos legais de aprovação dos RAG nos respectivos Conselhos de Saúde;
- Construir uma base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas, necessárias à construção do Relatório Anual de Gestão, pelas Secretarias de Saúde;
- Facilitar o monitoramento da aprovação do RAG.

4. IMPORTÂNCIA DO SARGSUS

A utilização do SARGSUS poderá trazer outros importantes benefícios, principalmente àquelas Secretarias de Saúde que encontram dificuldades para redigir e entregar seus relatórios de gestão dentro dos prazos pactuados. Pode-se destacar:

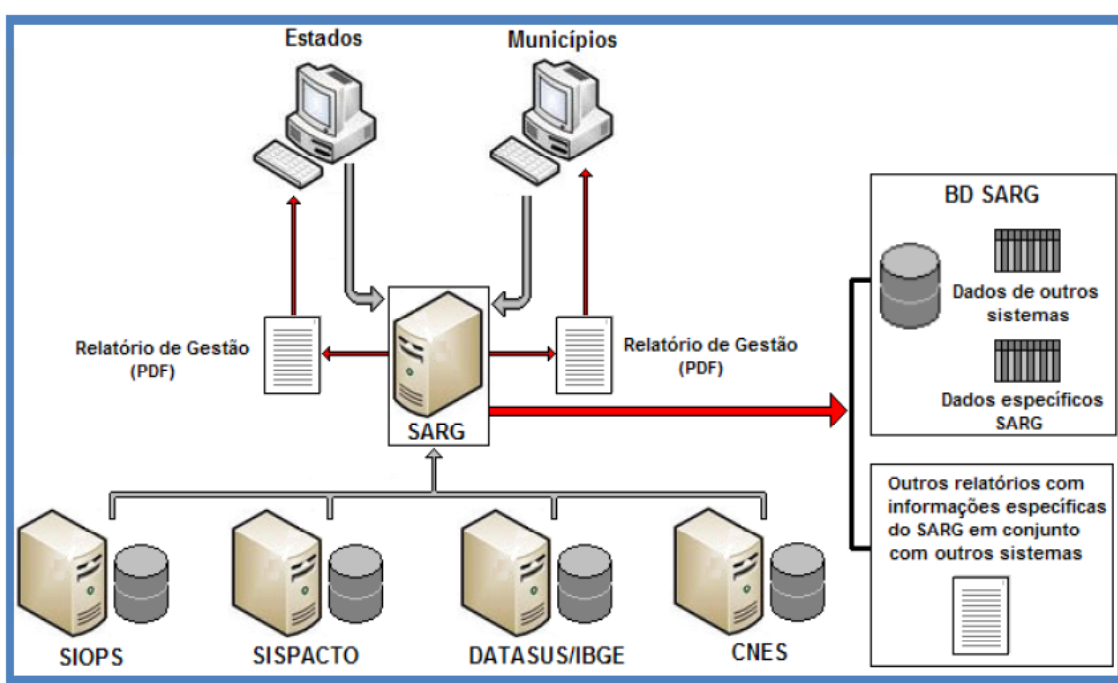
- Integração das ações dos diversos setores da Secretaria de Saúde na elaboração do Relatório de Gestão;
- Integração das informações existentes em bases de dados distintas;
- Indução do processo de articulação dos instrumentos de planejamento;
- Melhoria na oportunidade da tomada de decisão, em razão da agilidade das informações e com base em evidência apresentada pelos indicadores;
- Apoiar a participação e o controle social e subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria;
- Acesso seguro e rápido aos relatórios de gestão apresentados aos Conselhos de Saúde, independente da mudança de gestor;
- Possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;

5. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO SARGSUS

O SARGSUS foi construído para disponibilizar a maior parte dos dados a serem utilizados pelas equipes gestoras das secretarias. Os dados serão importados dos seguintes sistemas de informação:

- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)
- Aplicativo do Pacto pela Saúde (SISPACTO)
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

De posse deste material, os gestores deverão construir o Relatório de Gestão, tendo como base a análise de sua programação anual, o desempenho dos indicadores pactuados e dos recursos utilizados. Com o SARGSUS, o gestor poderá produzir seu relatório eletronicamente e enviar ao Conselho de Saúde para apreciação. A figura abaixo apresenta a arquitetura funcional do SARGSUS.



6. ACESSO AO SARGSUS

O SARGSUS está disponível, na internet, para todas as Secretarias de Saúde, no endereço www.saude.gov.br/sargsus, mediante cadastramento prévio. Para acessar as telas do menu principal do sistema, o usuário cadastrado deverá digitar o seu login e a senha.

6.1. Cadastramento dos usuários SARGSUS

Os técnicos deverão ser cadastrados previamente no Cadastro de Sistema e Permissões de Usuários (CSPUWEB), mantido pelo DATASUS <http://saude.gov.br/cspuweb>). Será necessário o preenchimento de uma ficha de cadastro, conforme consta no Anexo III deste manual.

Os técnicos das SES serão cadastrados por representante do DEMAGS e os técnicos dos municípios e dos conselhos de saúde serão cadastrados por técnicos estaduais ou regionais, conforme definição das SES.

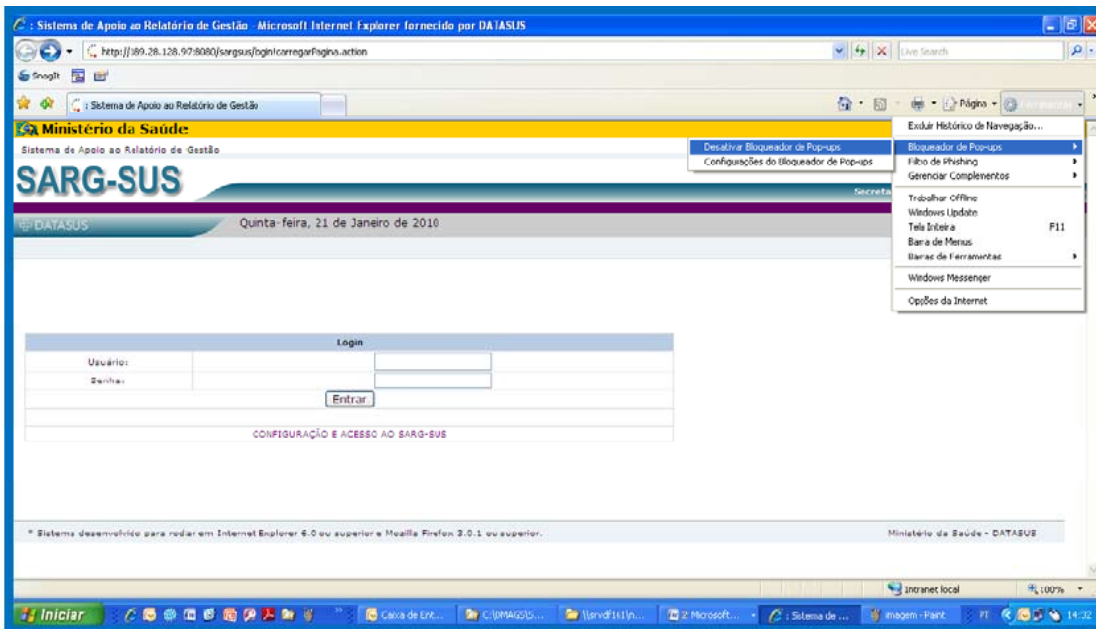
ORIENTAÇÃO PARA CADASTRO DE USUÁRIOS NO CSPUWEB		
Esfera de gestão	A quem se destina	Gestor do SARGSUS (Autoriza o acesso)
Federal	Técnicos do MS	DEMAGS/SGEP/MS
Estadual	Técnicos da SES	DEMAGS/SGEP/MS
	Conselheiros do CES	
Municipal	Técnicos da SMS	SES (nível central ou regional)
	Conselheiros do CMS	

6.2. Configuração dos sistemas de navegação na Internet

O SARGSUS foi desenvolvido para funcionar com os softwares navegadores Internet Explorer 6.0 ou superior e Mozilla Firefox 3.0.1 ou superior. Portanto, verifique se os mesmos estão devidamente instalados no seu computador, antes de prosseguir com a utilização do Sistema.

6.3. Desabilitação dos menus pop-ups

Antes de acessar o SARGSUS, é necessário configurar seu navegador de internet desativando o bloqueador de pop-ups, conforme figura abaixo. Em seguida digite, na tela do SARGSUS, o código do usuário e a senha cadastrada no CSPUWEB.



7. UTILIZAÇÃO DO SARGSUS

Os exemplos constantes nas telas a seguir são de um município; porém, ao digitar o login e a senha aparecerão os dados da secretaria de saúde, à qual o usuário está vinculado.

Após acessar o sistema e antes de iniciar a digitação dos dados, favor verificar o seguinte:

1. Verifique, em cada tela, todos os campos que precisam ser digitados, para evitar queda do sistema e perda das informações (o navegador da internet cai automaticamente e o sistema fica inativo, se o usuário não salvar a tela).
2. Providencie previamente os dados de cada campo que precisa ser digitado. Para facilitar a digitação, imprima as telas e providencie todos os dados.
3. Para os campos destinados às avaliações e comentários, digite os textos previamente em um editor de texto, faça as correções necessárias; depois, copie o texto do editor e cole no respectivo campo do SARGSUS ou salve periodicamente os dados inseridos no sistema.

7.1. IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE

Esta tela traz a identificação do município, com dados gerais da secretaria de saúde e do gestor, bem como de processos relevantes da gestão do sistema, é obrigatória para permitir o acesso aos demais dados do sistema.

Serão inseridos dados de identificação da Secretaria de Saúde, do gestor, do Fundo Estadual de Saúde (FES), do Conselho de Saúde, da realização de Conferências de Saúde, do Plano de Saúde, do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, do Pacto pela Saúde, da Regionalização, como também um espaço de introdução para possibilitar ao gestor fazer as suas considerações iniciais.



AV. Romualdo Galvão, 1017, Tirol - Natal/RN - CEP 59022-460
FONE/FAX - COSEMSRN (84) 3222-8996
PABX/FEMURN (84) 3212-2545 - Ramal 26 (cosemsrn)
cosemsrn@digi.com.br

