

Diálogo Temático:

Ciclo do planejamento estratégico e participativo em saúde do RN



APRESENTAÇÃO

O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde vem se alicerçando durante os últimos anos, passando a ser tratado como importante mecanismo para aferir os resultados voltados para a gestão descentralizada, uso eficiente dos recursos e em decorrência de mudanças advindas das diversas pactuações formalizadas.

É uma grande satisfação contribuir com o fortalecimento do planejamento institucional, entendendo ser um momento impar de discussões e revisões de alguns processos de trabalho, objetivando oportunizar a troca de experiências em um processo coletivo de construção de um sistema de saúde baseado na realidade local e em suas adversidades, enfrentando ainda, os desafios de formular e utilizar os instrumentos de gestão (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde), inseridos no novo contexto delineado pelo Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990).

Como o próprio título do encontro diz, será um diálogo temático, no qual os conhecimentos e informações decorrentes das experiências de cada um conformarão o todo do trabalho, além da fundamentação e explicações técnicas que contribuirão para fortalecer a reflexão sobre a operacionalização do planejamento, monitoramento, controle e avaliação das ações de saúde.

Sejam bem vindos!

Solane Maria Costa
Presidente COSEMS/RN

SUMÁRIO

Texto 1. REFLEXÕES SOBRE PLANEJAMENTO	5
Texto 2. PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	9
Texto 3. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE	12
1. PLANO DE SAÚDE	12
2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE.....	12
3. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE.....	13
4. RELATÓRIO DE GESTÃO.....	13
5. MAPA DA SAÚDE	15
6. PLANEJAMENTO DA SAÚDE INTEGRADO.....	17
7. REGRAS DE TRANSIÇÃO	20
Texto 4. METAS E INDICADORES.....	24
EXERCÍCIO Nº 1: ANALISANDO ORIENTAÇÕES PARA FORMULAÇÃO DA PAS.....	26
Texto 5. SOBRE PLANO DE SAÚDE: O QUE DIZ O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS.....	29
EXERCÍCIO Nº 2: DESENVOLVENDO UMA ANÁLISE SITUACIONAL/MAPA DE SAÚDE PARA O PLANO.....	36
EXERCÍCIO Nº 3: FORMULANDO DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS PARA O PLANO	38
Texto 6. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE.....	42

TEXTO 1
REFLEXÕES SOBRE PLANEJAMENTO¹

(...) 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, 1987; 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).

(...) 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

¹ Compilado das idéias contidas no texto de Jaimilson Paim: Planejamento em saúde para não especialistas in Campos, in G.W.S. et al (org.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; Hucitec; Fiocruz; 2006. 871 p. (Saúde em debate, 170)

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. (...)

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.

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, constata-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).

REFERÊNCIAS (do texto original citadas neste compilado)

Campos, R. O. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cad. Saúde Pública**, 16(4), 7P. 1.021-31, 2000b.

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. Um esquema de análisis. Cuadernos Sociedade Venezolana de Planificación: **Teoría y Método de 7P Planificación**, 3, pp. 147-77, 1979.

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.

Paim, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002, 447 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. Castanhera & R. Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999, 4, pp. 221-42.

Testa, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 5-103.

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.

PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Aprovado na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite

Em 27 de outubro de 2011

O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território; as necessidades de saúde da população; a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados; a conformação das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade do SUS e impactando na condição de saúde da população brasileira.

A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

Os Planos de Saúde são resultantes do processo de planejamento integrado dos entes federativos, devem conter as metas da saúde e constituem a base para as programações de cada esfera de governo, com o seu financiamento previsto na proposta orçamentária. Nesse sentido, orientam a elaboração do Plano Plurianual e suas respectivas Leis Orçamentárias, compatibilizando as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Nesse contexto, a recente edição do Decreto 7508/2011 coloca o planejamento da saúde na centralidade da agenda da gestão, ao tempo em que introduz significativas mudanças nesse processo, apontado a necessidade de fomento à cultura de planejamento da saúde; de modelagem do processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde, dentre outros.

O presente documento reúne informações sobre o planejamento da saúde, afetas à orientação desse processo essencial à gestão do SUS. Para tanto, aborda: (i) os pressupostos a serem considerados no processo de planejamento da saúde; (ii) os instrumentos e suas interrelações – plano de saúde e suas programações e relatório de gestão; (iii) mapa da saúde e correlação com o planejamento e o COAP; e (iv) modelagem do planejamento integrado da saúde; e (v) regras de transição.

1. PRESSUPOSTOS PARA O PLANEJAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

a) O planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Configura-se como responsabilidade dos entes federados, contempla o monitoramento e a avaliação e integra o ciclo de gestão do sistema.

b) O processo ascendente e integrado de formulação do planejamento da saúde busca incluir a problemática local e as necessidades de saúde suscitadas no município no planejamento do sistema. Nesse sentido, a elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal ocorre mediante processo que possibilita a interação entre as esferas de governo, contemplando momentos de diálogo entre os entes e escuta das realidades e demandas municipais, regionais e estaduais.

c) A elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal observa as Diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, as quais consideram as características epidemiológicas da população e a organização das ações e dos serviços de saúde, em cada jurisdição administrativa e nas regiões de saúde. Os Planos de Saúde Estadual e Municipal contemplam ainda diretrizes que expressam as especificidades e particularidades dos territórios municipal e estadual.

d) Compete aos gestores federal, estadual e municipal, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento da saúde integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades de saúde, constituindo as diretrizes, os objetivos e as metas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, construindo nesse processo, respectivamente, o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde e submetendo-o à apreciação pelo respectivo Conselho de Saúde.

e) O Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos do planejamento do SUS, e devem ser compatíveis com os instrumentos de planejamento do governo, em cada esfera de gestão, quais sejam: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

f) O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.

g) O planejamento da saúde considera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais comporão o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.

h) As necessidades de saúde da população são base para o planejamento e identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, sócio-econômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.

i) As necessidades de saúde orientam a decisão dos gestores na definição das intervenções prioritárias no território, expressas em diretrizes, objetivos e metas da saúde; na Programação Anual de Saúde; e na conformação das redes de atenção à saúde.

j) O planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

k) A produção resultante do processo de planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito da região de saúde, compõe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e expressa:

- a identificação das necessidades de saúde da população da região e a análise da situação de saúde desse território;
- as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;
- a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e assistência farmacêutica), conforme disposto na RENASES e RENAME.

l) As Comissões Intergestores Regionais devem adotar uma organização para o processo de planejamento integrado, realizado no âmbito regional, por meio de Câmara Técnica permanente, bem como definir metodologia que seja aplicável à realidade regional e que permita o acompanhamento permanente do COAP nessas Comissões.

m) A participação social é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional, neste caso, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE**1. PLANO DE SAÚDE**

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde, em cada esfera de governo.

É a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente.

O Plano de Saúde, em cada esfera de governo, contempla as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental - e assistência farmacêutica).

O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos, onde são consideradas as condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde.

2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo como período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual.

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; e os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento.

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME.

3. PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência a saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde.

A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das Comissões Intergestores Regionais, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde compõe o Anexo II do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

4. RELATÓRIO DE GESTÃO

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no 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.

Para tanto, o Relatório Anual de Gestão contém: (i) o resultado da apuração dos indicadores da Programação; (ii) a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira; (iv) a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP; (iii) e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações.

O conteúdo do RAG contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente.

O Relatório Anual de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios Anuais de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, e observa o disposto abaixo:

- a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão o SARGSUS no primeiro trimestre de cada ano e os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório até o dia 31 de maio de cada ano.
- as CIBs e a CIT acompanharão mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão do Estado e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos.
- a CIT acompanhará mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios Anuais de Gestão da União, dos Estados e do conjunto dos Municípios, no que diz respeito à sua elaboração e apreciação pelos respectivos Conselhos e os disponibilizará às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

O Relatório Anual de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados 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. Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação, que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território.

5. MAPA DA SAÚDE

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde.

Fornecer elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem monitoradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema.

As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas:

I. Estrutura do Sistema de Saúde:

- a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
- b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.

II. Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.

III. Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados sócio-econômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o

Indicador Nacional de Acesso e Qualidade, na medida em que reflete indicadores que o compõe.

IV. Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.

V. Recursos financeiros: explicita os recursos de investimentos e custeio das três esferas de governo que financiam o sistema.

VI. Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.

VII. Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.

VIII. Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Indicador Nacional de Acesso e Qualidade.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros.

Com a definição das metas da saúde contratualizadas no COAP, é elaborado o Mapa de Metas, retrato da situação a ser buscada (imagem-objetivo) e que evidencia as metas de saúde a serem alcançadas dentro de um marco de tempo definido no referido contrato, no tocante à estrutura e produção de serviços de saúde.

6. PLANEJAMENTO DA SAÚDE INTEGRADO

O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Entretanto, é necessário partir de consensos quanto à modelagem desse processo, explicitando os elementos essenciais do planejamento no âmbito municipal, estadual, nacional e regional - onde há a confluência do planejamento de cada ente federado, concretizando sua integração e resultando na construção do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O planejamento do SUS se materializa a partir de uma dinâmica ascendente e descendente, reconhecendo-se assim que em cada uma das esferas de gestão do SUS são vivenciados processos e dinâmicas que influem na saúde da população. Nesse sentido, há uma direção descendente de políticas e planejamento, que se refere às prioridades comuns a todo o País e que contempla linhas mais estratégicas, expressas em Diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional de Saúde para composição dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal. Por outro lado, há também uma direção ascendente de integração das propostas próprias do planejamento de cada ente federado, referidas à realidade específica de cada território.

É no município que se inicia o conhecimento das necessidades territoriais. A gestão municipal em seu primeiro ano ajusta e executa o último ano Plano de Saúde Municipal em curso, conhece os planejamentos regional, estadual e nacional vigentes, elabora o diagnóstico territorial e propõe as iniciativas que conformarão a política de saúde no âmbito municipal, observando ainda as diretrizes apontadas pela Conferência Municipal de Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde. Este conjunto de iniciativas serve à elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do município, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Municipal de Saúde naquele ano.

O planejamento municipal deve guardar coerência com as pactuações e planejamento realizados na Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito das regiões de saúde, de modo que o Plano de Saúde Municipal expressará as diretrizes do Plano Nacional de Saúde e do Plano Estadual de Saúde, modeladas à realidade local, além das diretrizes, objetivos e metas próprias daquele território, bem como os recursos cuja execução corresponde à esfera municipal, atendendo assim às especificidades territoriais.

A região de saúde se configura como lócus de governança do sistema de saúde, exercida no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR. Nessa comissão, gestores

municipais e gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e força de trabalho para superação dos problemas de saúde, num exercício permanente de planejamento integrado.

O planejamento da saúde integrado, realizado no âmbito regional, parte do reconhecimento das dinâmicas presentes no território e que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos municípios da região. Observa as diretrizes, os objetivos e as metas estabelecidas nos planos de saúde de cada ente federado, aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Pressupõe uma dinâmica que contemple momentos interdependentes que possibilitem: (i) a identificação das necessidades de saúde da população da região (ii) a definição das diretrizes, dos objetivos e das metas para a região; (iii) a programação geral das ações e serviços de saúde, a qual é essencial ao alcance das metas estabelecidas para a região; e (iv) o monitoramento permanente e a avaliação das ações implementadas.

Nesse sentido, no processo de planejamento em âmbito regional são inicialmente identificadas as necessidades de saúde da população da região, mediante a análise da situação de saúde, utilizando o Mapa da Saúde como ferramenta de apoio. A partir das necessidades de saúde, são definidas as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, bem como os objetivos plurianuais e as metas anuais de saúde para a região, em consonância com o disposto nos planos de saúde dos entes federados. Nesse momento é feita a priorização das intervenções de saúde, buscando superar os principais problemas evidenciados na análise da situação de saúde.

As iniciativas necessárias à operacionalização das diretrizes e objetivos estabelecidos para a região e que contribuirão para o alcance das metas são definidas em um processo de programação. Esse processo constitui a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e deve ser dinâmico, permitindo ajustes e novas reprogramações, introduzindo as programações de custeio - físicas e financeiras - resultantes da implantação de novos serviços ou a expansão de serviços já existentes.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde abrange a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Essa Programação será estruturada e implementada na região de saúde, compondo o Anexo II do Contrato, substituindo todas as programações atuais, com exceção da Programação Anual de Saúde, podendo, em caráter transitório, incorporar as programações atuais e os planos de ação regionais das redes prioritárias.

A produção do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e deve ser

articulada com os compromissos e metas estabelecidas pelas outras regiões do estado, num processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e compatibilizados nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, em programações elaboradas simultaneamente nas regiões. Nesse sentido, os processos de planejamento integrado, desenvolvidos no conjunto das regiões de saúde, contribuem para a organização das ações e serviços de saúde no âmbito estadual, e, conseqüentemente, para a conformação e integração das redes de atenção à saúde.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, expressa as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território, evidenciando o conjunto dos objetivos, ações e serviços que contribuirão para a garantia do acesso e a integralidade da atenção, de modo que os compromissos assumidos regionalmente devem estar refletidos nos Planos de Saúde dos entes federados.

Além disso, é preciso instituir no âmbito das Comissões Intergestores Regionais o monitoramento continuado da ação em execução e a avaliação de sua implementação, de modo a possibilitar os ajustes necessários à Programação Geral e ao próprio Contrato firmado entre os entes, na perspectiva de concretização daquilo que se pretenda alcançar.

O planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem as regiões de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressam o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde.

Contemplam ainda as diretrizes e objetivos do Plano Nacional de Saúde que são aplicáveis à realidade estadual, bem como as diretrizes e objetivos próprios do estado e os recursos cuja execução corresponde ao gestor estadual, atendendo as especificidades territoriais e a integração dos planos de saúde municipais. A cada ano é elaborada a Programação Anual de Saúde (PAS) do estado, contendo as ações que assegurarão o cumprimento do Plano Estadual de Saúde naquele ano.

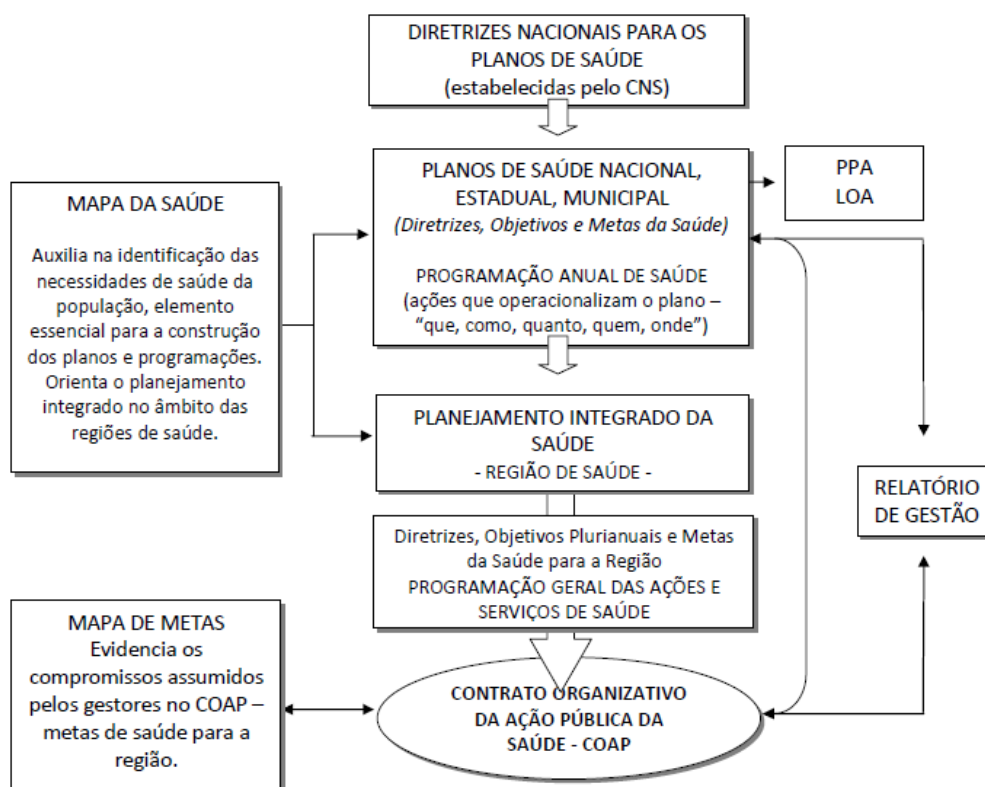
No âmbito nacional, o processo de planejamento segue a orientação de partir dos problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, assim como para a organização e gestão do sistema, conformando o Plano Nacional de Saúde, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Na elaboração do Plano Nacional de Saúde são observadas as diretrizes e conclusões da Conferência Nacional de Saúde, definidas as diretrizes de saúde comuns a todo o país, os objetivos e metas nacionais, bem como os compromissos e recursos cuja execução corresponde ao gestor federal.

Compete ainda à gestão federal a formulação da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, a ser pactuada na CIT e aprovada no Conselho Nacional de Saúde, e executá-la conforme pactuação com Estados e Municípios; coordenar nacionalmente,

acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde; e o gerenciamento, em âmbito nacional, dos sistemas de informação em saúde.

ELEMENTOS DO PROCESSO DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE E INTERRELAÇÕES



7. REGRAS DE TRANSIÇÃO

Na perspectiva de manter coerência com o disposto no Decreto 7.508/2011 e tendo em vista a incorporação do COAP como instrumento de gestão do SUS, é necessário revisar processos e instrumentos de gestão atualmente constituídos e que dialogam o planejamento, no intuito de evitar duplicidades e fragmentação.

Nesse sentido, são apresentados abaixo os instrumentos objeto da análise e as definições quanto à sua reorientação ou substituição.

Termo de Compromisso de Gestão - TCG

Firma as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores quanto ao Pacto de Gestão e os objetivos e metas assumidos por estes no Pacto pela Vida, bem como os indicadores de seu monitoramento.

As responsabilidades sanitárias dos gestores quanto à organização, execução das ações e serviços de saúde e financiamento do sistema estarão contempladas no COAP, o qual substituirá o TCG, sendo os conteúdos deste incorporados ao contrato, no que couber.

Termo de Limite Financeiro Global - TLFG

Explicita os recursos de custeio Federal, Estadual e Municipal, correspondente a cada bloco de financiamento.

A responsabilidade de cada ente federado no financiamento do sistema será objeto da Parte III do Contrato, onde estarão explicitados os recursos de custeio e investimentos.

Declaração de Comando Único - DCU

Explicita a gestão dos prestadores de saúde situados no território de um determinado município e registra a pactuação acerca dos estabelecimentos de saúde que serão descentralizados.

As informações sobre gestão dos prestadores de serviços estarão contempladas nas responsabilidades executivas do COAP (Parte II), não havendo necessidade de duplicar seu registro.

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos - PCEP

Formaliza a relação entre gestores do SUS nas situações em que as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

Contempla a definição da oferta e fluxos de serviços, as metas qualitativas e quantitativas das ações e serviços desenvolvidos nas unidades de saúde, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Fica mantido o PCEP para a contratualização, entre gestores, de serviços que estão sob gestão de um ente e gerência do outro.

Extrato do PCEP

O extrato sistematiza as informações dos PCEPs celebrados, para efeito de conformação da documentação de adesão ao Pacto pela Saúde.

As informações sobre os PCEPs celebrados são acompanhadas de forma sistemática pela SAS/DRAC, não havendo necessidade de duplicidade de envio de informações. Nesse sentido propõe-se a extinção do instrumento e manutenção do acompanhamento pela SAS/MS.

Plano Diretor de Regionalização - PDR

O PDR expressa o planejamento regional da saúde. Contém no seu escopo o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das

redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas nos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Demonstra ainda os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. Reflete as necessidades para alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência na região de saúde e da alta complexidade na macrorregião. Contempla as necessidades da vigilância em saúde, sendo desenvolvido de forma articulada com a PPI.

Conforme estabelecido no Decreto 7508/2011, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expressará no seu conteúdo o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas. Além disso, o exercício da governança do SUS, no âmbito das regiões de saúde, vivenciado nas Comissões Intergestores Regionais, demanda um processo permanente de planejamento, cujos produtos são expressos no COAP.

Assim, o conteúdo do PDR – desenho das regiões de saúde, investimentos estaduais e redes de atenção à saúde – constará no Plano Estadual de Saúde. O Mapa da Saúde subsidiará a visualização do desenho das regiões de saúde e o COAP consubstanciará as responsabilidades organizativas e executivas dos entes federativos após planejamento integrado da saúde, e expressará os investimentos das três esferas de governo que serão aportados nos municípios que compõem as regiões de saúde.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde - PPI

A PPI é o processo onde são definidas e quantificadas, em consonância com o planejamento, as ações de saúde para a população residente em cada território e efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento.

Visa ainda nortear a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

O processo de elaboração da PPI será remodelado, em consonância com o planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional. Contemplará a totalidade das ações de assistência à saúde de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME. Será denominada Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e integrará o COAP. A PPI Assistencial atualmente vigente poderá, em caráter transitório, integrar a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.

TEXTO 4

METAS E INDICADORES²

“Do ponto de vista de políticas públicas, os indicadores são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou o resultado de uma intervenção na realidade. A principal finalidade de um indicador é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto de uma realidade dada (situação social) ou construída (ação de governo), de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação.

A literatura aponta diversas acepções acerca de indicadores, todas guardando certa similaridade conceitual. Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009), por exemplo: “O indicador é uma medida, de ordem **quantitativa ou qualitativa**, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado”.

Cabe salientar, entretanto, que, segundo Jannuzzi (2003), o registro de um determinado cadastro administrativo ou uma estatística produzida por uma instituição especializada não é necessariamente um indicador.

Além disso, tanto em áreas de pesquisa social, como a saúde, quanto para o desenho e a implantação de Políticas e Planos, os indicadores surgem como uma mediação entre a teoria e as evidências da realidade, constituindo instrumentos capazes de identificar e medir algum tipo de fenômeno social, estabelecido a partir de uma reflexão teórica (CARDOSO, 1998)”.

É importante destacar também que a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade.

Em termos gerais, os indicadores são **medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde**, bem como do

² Texto adaptado da publicação Indicadores de Programas: Guia Metodológico / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – Brasília: MP, 2010.

desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua **validade** (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua **sensibilidade** (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e **especificidade** (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são:

- **Mensurabilidade** (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir),
- **Relevância** (responder a prioridades de saúde) e,
- **Custo-efetividade** (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.
-

Além de prover matéria prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados.

ANALISANDO ORIENTAÇÕES PARA FORMULAÇÃO DA PAS

Essas orientações foram baseadas em material encontrado na Internet, mas foram alteradas e contém impropriedades. A ideia de utilizá-las neste exercício tem por objetivo confrontar o conteúdo com orientações do Sistema de Planejamento do SUS com relação à elaboração da PAS, bem como com a realidade vivenciada pelo grupo.

Secretaria de...

Orientações para a elaboração da PAS

Senhores coordenadores, gerentes e equipes da Secretaria de Saúde de...

Leiam e analisem atentamente as instruções que se seguem e, com base nestas, elabore a PAS correspondente a sua área, utilizando a planilha apresentada no final.

A) Definições básicas

Objetivo - É a situação concreta que se quer atingir. Use verbos no infinitivo para defini-los. Ex: Qualificar o atendimento dos serviços de alimentação e dietética ou Adequar Setor de Emergência à Norma RDC 50. Deverá ser extraído do Plano Estadual de Saúde - PES, que tem objetivos específicos para cada uma das quatro linhas ou eixos que compõe o Plano.

Diretriz - É um detalhamento programático dos objetivos de cada linha do PES. As diretrizes também deverão ser extraídas do PES de acordo com os objetivos selecionados.

Meta do PES - São os objetivos quantificados das ações contidas no PES. Deverão ser extraídos conjuntamente com as ações que forem selecionadas para execução no exercício (a que se refere a PAS).

Ação - É a descrição da atividade programada para ser desenvolvida. Ex: Realizar aperfeiçoamento em boas práticas para copeiras e cozinheiras ou Reformar o Setor de Emergência. Deverá também ser extraída do PES, que tem várias ações para cada diretriz e, portanto, cabe a cada área da SES identificar as ações mais adequadas para execução no exercício (a que se refere a PAS).

Meta anual - A partir da meta para cada ação contida no PES, a meta anual será a quantificação dos resultados esperados para o final do exercício, podendo corresponder total ou parcialmente à meta estabelecida para a ação no PES (que vale para o quadriênio). Corresponde a quanto se pretende alcançar da meta do PES, e é representada em número absoluto ou %. Ex: 400 m² ou 100%

Indicador - É o que mede, indica, demonstra, revela o objetivo de forma quantitativa. Determina a forma de quantificar o objetivo proposto para permitir o monitoramento da PAS. Ex: Número de copeiras/cozinheiras treinadas/ Número de copeiras/cozinheiras existentes X 100 ou nº de m² reformados.

Valor e fonte de recursos - É o montante de recursos previstos para a execução da ação, se for uma ação que exija recursos financeiros. Deverá ser expresso em valores estimados ou orçados em Reais. Exemplo: Fontes: Tesouro (0100, 3100) ou Federal (0223, 0228, 0240, ...). Ex: R\$ 55.600,00 Fonte 0100. O valor e as fontes deverão estar de acordo com os recursos já definidos para execução na LOA do ano correspondente, sendo importante, caso possível, a indicação do projeto atividade associado com a ação selecionada.

Faça o exercício como se você fosse de uma área técnica e recebesse essas orientações vindas da área de planejamento. Importante: não é preciso elaborar a PAS, mas somente analisar o conteúdo das orientações. Após a leitura do texto sobre metas e indicadores e as orientações acima descritas, analise e responda a seguir.

Atenção:

- 1) Tendo em conta as discussões ocorridas até aqui, você considera que:
 - a) As orientações apresentadas estão conforme o preconizado pelo Sistema de Planejamento do SUS? Justifique.
 - b) As orientações são claras? Objetivas? Precisas? Justifique.
 - c) As orientações ajudariam a formular o Plano e a PAS? Justifique.
- 2) Quais os questionamentos do grupo em relação às definições? O que você modificaria nas orientações? O que você modificaria no quadro?
- 3) Em que essa forma de trabalhar auxilia o processo de trabalho de um grupo na formulação de plano/programação?

SOBRE PLANO DE SAÚDE: O QUE DIZ O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS³

(...) O Plano de Saúde, mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. (...) 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. (...)

(...) 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 – intersectorialidade); 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.).

³ Texto retirado do documento Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2009. 318 p. (Série B Textos Básicos de Saúde)

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.).

Obs.: 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 infraestrutura 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 salários; 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.

- **Infraestrutura:** 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.”

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”. 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”.

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.	

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 conterá, 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. (...)”

EXERCÍCIO Nº 2

DESENVOLVENDO UMA ANÁLISE SITUACIONAL/MAPA DE SAÚDE PARA O PLANO

Na conformidade do Art. 5º da Portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006) e diretrizes emanadas da Comissão Intergestores Triparte, com fulcro no Decreto nº 7.508/2011, estruture um DIAGNÓSTICO SITUACIONAL que atenda aos requisitos orientados pela direção nacional do SUS, contendo os eixos orientadores como seguintes itens:

- ➔ Em relação aos dados demográficos identificar:
 - crescimento populacional; índice de envelhecimento; estrutura etária da população; taxa de fecundidade; mortalidade proporcional por idade; esperança de vida ao nascer; taxa bruta de mortalidade.
- ➔ Em relação aos dados socioeconômicos, contemplar:
 - razão de renda; taxa de desemprego; níveis de escolaridade; taxa de analfabetismo; e índice de desenvolvimento humano (IDH).
- ➔ Em relação aos dados epidemiológicos, levantar:
 - mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária; morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e 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.).
- ➔ Em relação aos condicionantes e determinantes da saúde:
 - que medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade – são evidenciadas no campo da política habitacional; saneamento básico (abastecimento de água, destino dos dejetos, drenagem pluvial, coleta e destinação final de resíduos); alimentação e nutrição/segurança alimentar; educação e cultura; mobilidade urbana; transporte, trânsito e tráfego; segurança pública; lazer; emprego e renda; desenvolvimento econômico e social; dentre outros aspectos.
- ➔ Em relação à Gestão do Sistema de Saúde, explicitar como se estrutura:
 - a gestão do processo de trabalho em saúde (quantitativo e tipologia da força de trabalho, aspectos associados à formação e educação permanente); participação social no SUS; infraestrutura da rede de serviços (física e tecnológica), processo de descentralização político-administrativa (autonomia gerencial), regionalização do Sistema Estadual de Saúde (estrutura e funcionalidade); regulação (do Sistema, da Assistência e do Acesso); estrutura organizativa da gestão (organograma, fluxograma, regimento); financiamento do sistema; etc..

Organize o contexto do cenário político-organizativo do sistema de saúde, de modo a permitir uma clara visualização da situação atual e das possibilidades de intervenção, orientado o desenho estratégico de diretrizes que venham a aperfeiçoar o SUS no Estado.

Utilize-se da base de dados disponível nos portais de acesso eletrônico: DATASUS (www.datasus.gov.br); IBGE (www.ibge.gov.br); Sala de situação em Saúde (www.saude.gov.br/saladesituacao); CNES (www.datasus.gov.br/cnes); SIOPS (www.datasus.gov.br/siops); Cadernos de Informação em Saúde (www.datasus.gov.br), dentre outros canais.

FORMULANDO DIRETRIZES, OBJETIVOS E METAS PARA O PLANO

De acordo com o que está publicado no Plano Nacional de Saúde (2012 a 2015), têm-se as diretrizes para a Gestão do SUS no respectivo quadriênio. Eleja, preliminarmente, as prioridades para o Estado do RN no mesmo período, apontando as metas por ano que devam ser atingidas pelos dirigentes do sistema estadual de saúde:

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Diretriz 9 – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.

Diretriz 10 – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

Utilize a planilha abaixo para articular as diretrizes, objetivos e metas elencados pelo grupo.

EIXO:	
DIRETRIZ:	
META	PERIODO

OBS: **Eixo** (Atenção Integral à Saúde – Básica, Média e Alta Complexidade; Gestão em Saúde-
infraestrutura, logística – e Articulação Transsetorial); **Diretrizes** (Ciclos de Vida, Patologias,
Pessoas expostas à vulnerabilidades e riscos, políticas específicas) e **Metas**
(indicadores/marcadores explicitados sob a forma de números absolutos, ou,
preferencialmente, frequência relativa como percentual, taxa, coeficiente, proporção, razão).

TEXTO 6

PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE⁴

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

Nela 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, bem como os responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações. São apresentados também os indicadores de processo para o seu monitoramento.

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 levar em conta, necessariamente, 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.

Atualmente, existem no SUS distintos instrumentos e sistemas informatizados de programação, como a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI/ Assistência) e a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

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.

A Programação Anual de Saúde é um instrumento essencial para o funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS, que deve levar em conta ou ser o orientador de todos os instrumentos específicos da programação existente, como os anteriormente citados, assim como os outros definidos no escopo do Pacto pela Saúde, tais como o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimento.

⁴ Texto retirado da publicação Manual de orientação para gestores municipais da saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 2008.

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 - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA.

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que reúne, portanto todas as iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão, em determinado ano, devendo, a exemplo da elaboração do Plano de Saúde, ser coordenada pela área de planejamento ou no caso de sua inexistência, por uma equipe designada para esse fim.

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 municipais, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;
- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- Viabilizar a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde;
- Definir a macro-alocação dos recursos do SUS para 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.
- Do ponto de vista da estrutura, a Programação Anual de Saúde
- deve atender minimamente o seguinte formato:
- Definir as ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- Estabelecer as metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- Identificar os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação;
- Definir os recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

A seleção dos indicadores que permitirão o monitoramento da programação deve ser feita também com especial atenção. Como no Plano de Saúde, é importante considerar as fontes a serem usadas.

Proposta de estrutura da Programação Anual de Saúde (PAS)

Ano:

Identificação (esfera de gestão correspondente):

Ato ou reunião do Conselho de Saúde (respectivo que aprovou o PS):

Objetivo do Plano de Saúde (PS)(*):

Diretrizes (do PS para o alcance do objetivo):

Metas (relativas ao PS):

Quadro – Ações anuais

Ações e metas anuais (**)		Recursos orçamentários (R\$1,00)	Origem dos recursos (programa/ação do PPA)	Área responsável (unidade administrativa)	Parcerias	Observações
Ações	Metas					

() Esse cabeçalho e o quadro serão repetidos tantas vezes quanto for o número de metas do PS.*

*(**) Devem incluir aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.*



**GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO NORTE**

SESAP - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA DO RN

