

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

**Sistema de Planejamento  
do SUS (PlanejaSUS):  
uma construção coletiva –  
trajetória e orientações de  
operacionalização**

Brasília - DF  
2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

**Sistema de Planejamento do  
SUS (PlanejaSUS):  
uma construção coletiva –  
trajetória e orientações de  
operacionalização**

Brasília – DF  
2009



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

**Sistema de Planejamento do  
SUS (PlanejaSUS):  
uma construção coletiva –  
trajetória e orientações de  
operacionalização**

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF  
2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 5.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Coordenação-Geral de Planejamento

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício-Sede, 3º andar, sala 339

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2677

Fax: (61) 3315-3955

E-mail: [cgpl@saude.gov.br](mailto:cgpl@saude.gov.br) / [planejasus@saude.gov.br](mailto:planejasus@saude.gov.br)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400, Brasília – DF

Home Page: <http://www.opas.org.br>

*Organização:*

Aristel Gomes Bordini Fagundes

Ayrton Galiciani Martinello

João Baptista Risi Junior

José Moya

*Projeto gráfico e Diagramação:*

All Type Assessoria Editorial Ltda

*Apoio:*

Rede Interagencial de Informações para Saúde (Ripsa)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

### Ficha Catalográfica

---

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)

ISBN 978-85-334-1587-4

1. Planejamento em saúde. 2. Diretrizes para o planejamento em saúde. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. III. Série.

CDU 614.78

---

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0463

*Títulos para indexação:*

Em inglês: System Planning of SUS (PlanejaSUS): a collective construction - history and guidelines for operation.

Em espanhol: Sistema de Planeamiento del SUS (PlanejaSUS): una construcción colectiva - trayectoria y orientaciones de operacionalización.

# Sumário

---

<b>Apresentação</b> .....	<b>7</b>
---------------------------	----------

---

<b>Introdução</b> .....	<b>9</b>
-------------------------	----------

---

<b>Organização e funcionamento</b> .....	<b>15</b>
--	-----------

---

<b>Instrumentos básicos</b> .....	<b>51</b>
-----------------------------------	-----------

---

<b>Estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento em saúde</b> .....	<b>67</b>
--	-----------

---

<b>Avaliação do Plano Nacional de Saúde: 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil</b> .....	<b>153</b>
---	------------

---

<b>Orientações gerais para a elaboração de Instrumentos Básicos de Planejamento – Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão – Estrutura e conteúdo</b> .....	<b>195</b>
---	------------

---

<b>Perfil da Atividade de Planejamento no SUS Resultado da Pesquisa – Esfera municipal</b> .....	<b>209</b>
--	------------

---

<b>Referências</b> .....	<b>315</b>
--------------------------	------------



# Apresentação

Entre os avanços que podem ser creditados ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) nestes pouco mais de três anos de seu advento, estão o interesse crescente e o reconhecimento da importância de seu processo e respectivos instrumentos para a gestão. Tal constatação representa especial motivação a gestores e profissionais envolvidos na implementação do PlanejaSUS, cuja contribuição é fundamental para a cultura de planejamento.

No âmbito do SUS, resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio. Atestam esse avanço o mencionado interesse e reconhecimento do planejamento para a gestão, de que é exemplo a significativa demanda por informações a respeito. Há muito não se discutia tanto, não se buscava tão continuamente informação acerca dessa função. A consolidação de uma cultura, por outro lado, é um enorme desafio que, certamente, assim continuará sendo por um longo tempo. Afinal, envolve tanto postura individual e técnica, quanto mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais.

A presente publicação reúne os volumes da série Cadernos de Planejamento, que registram a trajetória de construção do PlanejaSUS, apresentam informações sobre o arcabouço legal que o orienta e o perfil desta função no SUS, assim como as orientações básicas para a sua organização e funcionamento, decorrentes das pactuações estabelecidas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Trata-se de mais uma importante iniciativa resultante da estreita e efetiva cooperação técnica entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na implementação do PlanejaSUS e marca o que se entende constituir uma nova etapa dessa construção.

Essa nova etapa caracteriza-se, principalmente, pela concentração de esforços voltados à plena capilaridade do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS e no âmbito interno das instituições responsáveis por sua condução, quais sejam o MS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Tais esforços têm por objetivo contribuir para o aperfeiçoamento permanente da gestão e, portanto, para a qualidade de vida das pessoas, mediante a prestação de ações e serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados.

A expectativa do MS e da Opas é de que esta publicação apoie o trabalho de todos os envolvidos, direta ou indiretamente, com o processo de planejamento, em especial daqueles que, no cotidiano do seu trabalho, têm a responsabilidade de orientar a implementação do PlanejaSUS e, sobretudo, promover a sua institucionalização no País. Como medida inovadora e estruturante, particularmente para o aprimoramento da gestão, estamos certos que o movimento contínuo, articulado, integrado e solidário

do processo de planejamento reúne condições singulares para que o SUS exercite, em plenitude, os princípios da universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para o que constitui o seu propósito basilar que é a qualidade de vida das pessoas.

*Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli*  
Secretária-Executiva do Ministério da Saúde

*Diego Victoria*  
Representante da Opas/OMS no Brasil

# Introdução

A presente publicação reúne os seis volumes produzidos até então na série CADERNOS de Planejamento, que tratam, cada um, de tema específico desta função no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A abordagem de determinado tema e a consequente produção de um volume são feitas segundo demanda das áreas de planejamento das três esferas de gestão, às quais cabe promover a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

Alguns desses volumes já foram reeditados, revistos e/ou ampliados, na conformidade das necessidades apontadas pela referida operacionalização do PlanejaSUS. Nesse sentido, esta publicação tem por objetivo registrar a trajetória feita até o momento e reunir as orientações básicas para o seu funcionamento, resultantes de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Na edição deste livro, adotou-se como critério principal a preservação do conteúdo de cada volume, ajustando-se, no que fosse necessária, a sua estrutura, de modo a responder adequadamente ao objetivo proposto. Assim, está organizado em seis grandes partes que, como mencionado, correspondem aos temas tratados na referida série CADERNOS de Planejamento. A seguir, são apresentadas algumas notas acerca de cada uma dessas partes, oriundas basicamente das apresentações de cada um dos volumes da série.

## 1ª parte

A primeira parte apresenta as bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS, as quais foram recentemente atualizadas e aprimoradas por dirigentes e técnicos que atuam nesta área, nas três esferas de gestão, participantes dos encontros realizados nos meses de abril e maio de 2008, num total de 238 participantes.

A necessidade de construção de um sistema de planejamento do SUS ficou evidenciada durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde – PNS 2004-2007 –, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado no Diário Oficial da União em dezembro de 2004. Em meados de 2005, após a produção e distribuição do PNS, o Ministério da Saúde decidiu transformar essa ideia em proposta para discussão com os estados e municípios.

Para tanto, em outubro e novembro de 2005, promoveu oficinas macrorregionais destinadas a identificar bases para a organização e o funcionamento do referido Sistema de Planejamento do SUS. Coube ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais (Conasems) apresentarem propostas e subsídios às discussões e definições dos participantes desses eventos (totalizando 217 participantes). Além dos órgãos e entidades do próprio MS, da Opas/OMS e do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP), as oficinas reuniram quatro representantes de cada Unidade Federada: dois de cada Secretaria Estadual e dois de Secretarias Municipais (um representante de todas as capitais

e um de município com até 50 mil habitantes, cuja indicação foi solicitada aos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde – Cosems –, conforme sugerido pelo Conasems).

O Sistema de Planejamento do SUS é, pois, resultado das ideias e indicações que se constituíram maioria nessas oficinas – aqui atualizadas –, geradas em grupos de trabalho e nos encaminhamentos aprovados nas respectivas plenárias. Inicialmente, estão definidos elementos julgados essenciais à rápida implementação desse Sistema que se convencionou chamar de PlanejaSUS, os quais possibilitam também as adequações que a sua capilaridade e consolidação vier a indicar. Vale ressaltar que tais características possibilitarão dotar os gestores – de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera do SUS –, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. É importante salientar também que, aliado a isso, a conformação do PlanejaSUS atribui especial atenção à observância da diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de governo e, ao mesmo tempo, à co-responsabilidade solidária de todos os entes federados para com a saúde da população que, como necessidade humana básica, é estratégica para a qualidade de vida e, por via de consequência, para o bem-estar individual e coletivo.

No entendimento dos profissionais que atuam em planejamento no SUS e que participaram da presente construção e atualização, a viabilização desses propósitos requer um trabalho solidário e cooperativo, característico de uma atuação sistêmica, mediante a qual são enfatizados circunstâncias e elementos básicos, mesmo que, à primeira vista, possam parecer poucos ou incipientes. A despeito dos enormes desafios ainda a superar na construção do PlanejaSUS, relevantes avanços e resultados já são registrados, notadamente aqueles fundamentais à incorporação do planejamento como função imprescindível à consolidação do SUS. Alguns desses avanços e desafios são também destacados na primeira parte, os quais foram discutidos e avaliados nos encontros acima mencionados.

## 2ª parte

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pelo termo flexibilidade, envolvendo a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. A descentralização, uma das diretrizes que orienta o funcionamento do SUS, gera a necessidade de pactuação entre as três esferas de governo e faz da área de saúde a política setorial que maior impacto vivencia entre as políticas públicas do Estado brasileiro.

A expressão concreta dada por essa dimensão política envolve questões complexas, principalmente quando se considera que, no setor saúde, atuam e interagem distintos atores: população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. Essas questões configuram um campo de atuação em que as instâncias organizativas do SUS podem e devem assumir papéis diferenciados de acordo com a natureza dos problemas em foco, adotando estratégias que variam segundo o cenário político e institucional. Nesse quadro, o planejamento no setor saúde adquire maior im-

portância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS.

A segunda parte desta publicação tem como foco os instrumentos básicos do PlanejaSUS, que são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão. Essa segunda parte configura-se um guia para a formulação desses instrumentos, os quais devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via de consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira. A proposta é de que a experiência decorrente da sua aplicação – com as adequações que se fizerem necessárias em cada esfera de gestão – contribua para o aperfeiçoamento dos instrumentos estabelecidos e, portanto, para a efetividade do PlanejaSUS.

Por se tratar de uma iniciativa inédita e de construção coletiva, o PlanejaSUS requer constante avaliação e incorporação sistematizada das experiências que a sua operacionalização indica. Tais características são, portanto, inerentes ao guia. Nesse sentido, está aberto a contribuições que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou readequação, como é o caso das orientações aqui contidas, já atualizadas, a partir das propostas oriundas dos encontros dos profissionais das áreas de planejamento do SUS, realizados em abril e maio de 2008.

### 3ª parte

Nesse contexto, é apresentado o estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde, realizado em 2007 pela Dra. Lenir Santos, por solicitação da Coordenação Geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (CGPL/SPO/SE/MS). O desenvolvimento desse estudo foi uma das principais necessidades identificadas nas retrocitadas oficinas macrorregionais, promovidas pelo Ministério da Saúde em outubro e novembro de 2005.

O planejamento, como enfatiza o estudo, é objeto da Constituição Federal de 1988, o que o torna, portanto, um processo inerente a todas as esferas de governo. No âmbito do SUS, em particular, o planejamento é um instrumento estratégico de gestão, mediante o qual cada esfera de governo deve se valer para a observância dos princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento e a operacionalização oportuna do processo de planejamento devem ser preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS.

Trata-se de importante orientador das ações do PlanejaSUS, sobretudo para a promoção das adequações legislativas que se fazem necessárias, tanto em função do próprio desenvolvimento do SUS, nestes 21 anos de sua criação, quanto das necessidades apontadas com a implementação do referido Sistema. A propósito, cabe assinalar que algumas recomendações feitas pela consultora já foram adotadas, de que é exemplo a revogação da Portaria N° 548/2001, relativa à elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão.

O estudo é apresentado segundo as etapas desenvolvidas pela autora, na conformidade do termo de referência da consultoria prestada, e o seu respectivo relatório, a

saber: (i) levantamento da legislação referente ao planejamento do SUS; (ii) análise da legislação; (iii) apontamento das inadequações das normas do SUS referente ao SUS, à luz da legislação constitucional; e (iv) proposta final de adequação da legislação ao Sistema de Planejamento do SUS.

#### 4ª parte

Nessa quarta parte, está o resumo do trabalho gerado pelo Comitê Temático Interdisciplinar: Informação para a Gestão do Plano Nacional de Saúde/CTI-PNS, organizado junto à Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). A decisão de transformá-lo em uma publicação tem em conta a densidade do trabalho realizado e a sua importância para a construção da cultura de planejamento no âmbito do SUS.

Criado inicialmente para apoiar o monitoramento e a avaliação do PNS 2004-2007, o processo de trabalho do CTI gerou uma série de iniciativas importantes para a função planejamento ao longo de seus pouco mais de três anos de funcionamento. Tais iniciativas não estão restritas ao planejamento no âmbito do Ministério da Saúde e, em particular, ao PNS. Na verdade, abrangem todo o SUS, de que são exemplos o próprio PlanejaSUS e a elaboração do guia dos instrumentos básicos – 2ª parte desta publicação –, no qual estão incorporadas as suas recomendações e sugestões.

O caminho percorrido pelo Comitê para traçar uma proposta de modelo de acompanhamento e avaliação do Plano Nacional foi extremamente rico, e está aqui registrado de forma sumarizada. Esse resumo, que se apresenta muito mais sob a forma de relatório, traz, inclusive, algumas observações e comentários feitos por dirigentes, profissionais de saúde e especialistas de diversas instituições que, em diferentes momentos, puderam conhecer e debater as ideias geradas pelo grupo. É, sem dúvida, uma fonte de consulta para a reflexão contínua de todos profissionais que atuam em planejamento no SUS. A expectativa é de que contribua para o acesso ao conhecimento do processo da função de planejamento, em especial do acompanhamento e da avaliação que, apesar de estratégicos para o aprimoramento da gestão, ainda constituem importante desafio a ser superado.

#### 5ª parte

Nessa parte, estão orientações gerais acerca da estrutura e do conteúdo do Relatório Anual de Gestão (RAG) e da Programação Anual de Saúde (PAS), e tem por objetivo constituir referencial para gestores na elaboração destes instrumentos com vistas ao aprimoramento dos processos de planejamento.

Formulado sob a óptica do planejamento – neste compreendido o monitoramento e a avaliação –, o documento teve origem em proposta construída no âmbito do Ministério da Saúde, valendo-se, em especial, da experiência e das necessidades já apontadas na implementação PlanejaSUS. A sua operacionalização é orientada pelas pactuações feitas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as quais estão consignadas nas portarias que regem o Pacto pela Saúde, bem como naquelas que regulamentam o referido Sistema.

Participaram da elaboração da proposta diferentes áreas do MS, entre as quais: a Secretaria Executiva (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Departamento de Apoio à Descentralização e Fundo Nacional de Saúde); Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Departamento de Monitoramento e Avaliação e Departamento Nacional de Auditoria); Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos), Secretaria de Vigilância em Saúde (Coordenação Geral de Planejamento) e Secretaria de Assistência à Saúde (Coordenação Geral de Planejamento). A mencionada proposta foi trabalhada e discutida pelo Grupo de Trabalho de Planejamento e Financiamento da CIT, que a aprovou em sua reunião de 11 de dezembro de 2008. O seu conteúdo está regulamentado pela Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008.

## 6ª parte

Trata de outra providência central adotada para a implementação do PlanejaSUS, representada pelo mapeamento da atividade de planejamento nas três esferas administrativas, visando a consolidação de informações que permitissem o conhecimento da estrutura disponível e da sua inserção no processo de gestão do SUS. O resultado desse trabalho torna disponíveis informações da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de traçar o perfil da operacionalização da atividade de planejamento no SUS.

Essas informações permitem a identificação de padrões de inserção do planejamento no SUS em níveis municipal, estadual e federal. Por meio da enquete, foi possível investigar a segmentação do planejamento sob os aspectos caracterizadores de sua eficiência e efetividade. No entanto, os resultados aqui apresentados resumem um leque mais amplo de possibilidades do conhecimento dessa área de atuação. São apresentadas apenas algumas variáveis de abrangência regional, analisadas de forma simples e objetiva, embora muito representativas, para fornecer um perfil da atividade de planejamento no SUS em nível regional.

Outras análises mais detalhadas foram encaminhadas às Secretarias Estaduais de Saúde, assim como enviados os bancos de dados coletados, a fim de permitir o desenvolvimento de estudos mais focados na esfera local. A iniciativa reveste-se de importante contribuição para a fundamentação de uma atuação sistêmica capaz de fornecer bases para reflexões sobre a sua operacionalização em todos os seus segmentos: o planejamento, o monitoramento e a avaliação das intervenções no âmbito do SUS.





# **Organização e funcionamento**



## Introdução

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

Nesse sentido, é necessário elaborar instrumentos que contribuam para um melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo. Entre os desafios presentes, cabe destacar a importância do financiamento pleno do SUS, o que envolve a regulamentação e o cumprimento da Emenda Constitucional 29, assim como a manutenção de processo contínuo de planejamento.

O Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – busca apropriar-se da experiência acumulada pela área 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 –, cujo processo evidenciou a necessidade de uma ação permanentemente articulada, nos moldes de uma atuação sistêmica.

## Definições legais

O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria. Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, inicialmente, as Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde). A primeira – Lei Nº 8.080/90 – atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (BRASIL, 1990a).

A referida Lei dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento. No primeiro artigo desse Capítulo, é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que “será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990a). Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. O seu cumprimento é desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, estado e região do País, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias.

Nos parágrafos 1º e 2º do Art. 36, são definidos a aplicabilidade dos planos de saúde e o financiamento das ações dele resultantes. O primeiro parágrafo estabelece que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (BRASIL, 1990a). Já o segundo veta a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde” (BRASIL, 1990a), salvo em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. No Art. 37, a Lei atribui ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990a).

Já a Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), no seu Art. 4º, entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, fixa que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990” (esse parágrafo refere-se ao acompanhamento, pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria).

É importante destacar igualmente as Portarias Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e de Nº 699, de 30 de março subsequente, editadas pelo Ministério da Saúde: a primeira “divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (BRASIL, 2006a) e, a outra, “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão” (BRASIL, 2006b). O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS é objeto do item 4 do anexo da Portaria Nº 399/2006, estando nele contidos o seu conceito, princípios e objetivos principais, na conformidade do presente documento. Destaque, também, que o Pacto estabelece cinco pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

- i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- iii) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e

- v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS. (BRASIL, 2006a).

Em relação ao financiamento, introduz e estabelece blocos específicos: atenção básica; atenção de média e alta complexidade; vigilância em saúde; assistência farmacêutica e gestão do SUS. Configuram-se eixos prioritários para a aplicação de recursos (investimentos): o estímulo à regionalização e os investimentos para a atenção básica.

No contexto da regionalização, define que os principais instrumentos de planejamento para tanto são o PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programa Pactuada e Integrada), a qual “deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão” (BRASIL, 2006a). Segundo o Anexo II da Portaria, o planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades – estabelecidas regionalmente – deverão estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. Cria também o Colegiado de Gestão Regional com a função de “instituir um processo dinâmico de planejamento regional”. (BRASIL, 2006a).

No item 3 do capítulo relativo à responsabilidade sanitária, estão estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento e programação. Destacam-se como responsabilidades comuns aos entes federados:

- i) formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde ..., construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- ii) formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- iii) elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente. (BRASIL, 2006b).

Cabe destacar também as portarias que norteiam a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS – pactuadas na CIT –, a saber:

- Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta esse Sistema;
- Portaria Nº 3.332, do dia 28 subsequente, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS e revoga a Portaria N.º 548/2001 (“Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”);
- Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007, que aprova orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão do SUS.

Registrem-se ainda as Portarias: Nº 376, de 16 de fevereiro de 2007; Nº 1.510, de 25 de junho de 2007; e Nº 1.885, de 9 de setembro de 2008, que institui incentivo financeiro para o PlanejaSUS; que desvincula o seu repasse da adesão ao Pacto pela Saúde; e que estabelece o incentivo de 2008, respectivamente. A íntegra dessas portarias específicas do Sistema de Planejamento do SUS consta do item Portarias relativas ao Sistema de Planejamento do SUS, página 34.

## Planejamento no SUS

No âmbito do Ministério da Saúde, até o final de 2005 – quando tomou a iniciativa de propor a construção do PlanejaSUS, como mencionado na apresentação –, o planejamento pautava as suas ações principalmente no atendimento às demandas interna e externa, esta última oriunda da coordenação do correspondente sistema federal, exercida pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MP). Ao MP cabe, assim, conduzir o planejamento estratégico do governo federal. As demandas internas referem-se sobretudo a informações para o atendimento de necessidades técnico-políticas.

O Sistema Federal de Planejamento tem uma agenda estabelecida, mediante a qual responde também às exigências constitucionais e legais, entre as quais figuram a elaboração do Plano Plurianual – a cada quatro anos – e as suas revisões, das propostas anuais de diretrizes orçamentárias e do orçamento, que balizam a aprovação das respectivas leis – LDO e LOA –, do Balanço Geral da União e da Mensagem do Executivo ao Legislativo. Além dessas determinações legais, o Sistema requer também o acompanhamento, o monitoramento, a atualização e a avaliação das ações. Mesmo reconhecendo os avanços na alocação dos recursos públicos – baseados em objetivos de médio e longo prazos, com melhor associação às necessidades de saúde –, é importante considerar que demandas contingenciais de curto prazo ainda prejudicam o processo de estruturação e consolidação do SUS.

Embora responda às necessidades internas e externas, até então o sistema de planejamento no MS não dispunha de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do trabalho e que possibilitassem a oportuna e efetiva melhoria da gestão do Sistema, da atenção e da vigilância em saúde, inclusive no tocante à reorientação das ações. Tratava-se, na realidade, da insuficiência de um processo de planejamento do Sistema Único de Saúde, em seu sentido amplo – neste compreendido o monitoramento e a avaliação –, que contribuisse para a sua consolidação que, conforme assinalado, é uma competência legal do gestor federal, em cooperação com as demais instâncias de direção do Sistema.

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde recebem frequentemente, da parte de gestores e técnicos do SUS, solicitação de orientações e cooperação técnica para a elaboração de instrumentos de planejamento, em especial planos de saúde e relatórios de gestão. Observa-se, por outro lado, que estados e municípios têm se esforçado para formulá-los, quer para fins de habilitação em uma condição de gestão – e, após o Pacto pela Saúde, para a formalização do Termo de Compromisso de Gestão –, quer para subsidiar auditorias e controles, a cargo das instâncias incumbidas destas atividades. Como um instrumento essencial de gestão, cabe ao planejamento contribuir para que o SUS responda, com qualidade, às demandas e necessidades de saúde, avançando de forma ágil rumo a sua consolidação.

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 nacional, tendo em conta a complexidade do perfil epidemiológico brasileiro, aliada à quantidade e diversidade dos municípios, além da grande desigualdade em saúde ainda prevalente, tanto em relação ao acesso, quanto à integralidade e à

qualidade da atenção prestada. Em relação 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% menos de 10 mil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004). Particularmente no tocante ao planejamento, a organização das ações ainda é bastante precária, principalmente nos municípios de médio e pequeno portes, o que dificulta o exercício eficiente e efetivo de seu papel fundamental na conformação do SUS neste nível.

Cabe ressaltar que, apesar dos esforços empreendidos desde a criação do SUS e os avanços logrados, a área de planejamento do Sistema ainda carece, nas três esferas de gestão, de recursos humanos em quantidade e qualidade. Observa-se que falta, não raro, infra-estrutura e 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. Tais condições são estratégicas para a coordenação do processo de planejamento e, portanto, para o funcionamento harmônico do PlanejaSUS. É oportuno reiterar, nesse particular, os pontos essenciais de pactuação para o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, definidos no Pacto pela Saúde 2006, em especial a institucionalização e o fortalecimento deste Sistema, “com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS”. (BRASIL, 2006a).

## Conceito e caracterização

Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Tal forma de atuação deve possibilitar a consolidação da cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o PlanejaSUS deve ser entendido como estratégia relevante à efetivação do SUS. Para o seu funcionamento, são claramente definidos os objetivos e as responsabilidades das áreas de planejamento de cada uma das esferas de gestão, de modo a conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento que, vale reiterar, compreende o monitoramento e a avaliação.

Na condição de sistema, e consoante à diretriz relativa à direção única do SUS em cada esfera de gestão, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as respectivas áreas de planejamento. Nesse sentido, a sua organização e operacionalização baseiam-se em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS. Para tanto, tais processos deverão ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias. O desenvolvimento de papéis específicos visa, principalmente, potencializar e conferir celeridade e resolubilidade ao PlanejaSUS, tanto na sua implantação, quanto no seu funcionamento, monitoramento e avaliação contínuos.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o PlanejaSUS deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS, buscando permanentemente, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promovendo a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Essa integração deve buscar o envolvimento de todos os profissionais. Tal entendimento explicita o caráter transversal dessa função e, por conseguinte, o papel das áreas de planejamento nas três esferas que, em síntese, é de:

- coordenar os processos de formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS; e
- prover as demais áreas técnicas de mecanismos - como métodos e processos - para que possam formular, monitorar e avaliar os seus respectivos instrumentos, segundo as suas especificidades e necessidades.

Para o alcance do êxito esperado com o PlanejaSUS, estão identificadas algumas condições e medidas importantes. Tais condições e medidas – ou eixos norteadores – podem gerar duplo benefício. De um lado, dariam celeridade ao atendimento de necessidades importantes da gestão do SUS, de que são exemplos a formulação ou a revisão de planos, programações e relatórios gerenciais. De outro, viabilizariam a conformação ágil do PlanejaSUS, tendo em vista o caráter concreto de algumas medidas indicadas no presente documento.

Entre as condições necessárias, estão o apoio ao PlanejaSUS, sobretudo por parte dos gestores e representantes do controle social, incorporando o planejamento como instrumento estratégico para a gestão do SUS. Esse apoio deverá ser buscado principalmente junto aos Colegiados de Gestão Regionais, às Comissões Intergestores (CIB e CIT), aos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems) e aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Trata-se de tarefa a ser assumida, inicialmente, por todos os profissionais que atuam em planejamento no SUS, para o que deve também ser buscada a contribuição, por exemplo, de organismos internacionais – como as Organizações Pan-Americana e Mundial da Saúde –, de instituições de ensino, de pesquisa e entidades afins.

Outra condição importante é a adesão institucional mediante a observância da regulamentação do PlanejaSUS, expressa nas referidas Portarias Nº 3.085/2006 e Nº 3.332/2006, e outras decorrentes de pactuação tripartite, de que são exemplos processos de monitoramento e de avaliação dos instrumentos básicos, consoante às definições contidas nas Leis Orgânicas da Saúde. Constituem igualmente condições essenciais para a institucionalização do PlanejaSUS nas três esferas de gestão: a capacitação de recursos humanos para o processo de planejamento do SUS; a geração de informações gerenciais para a tomada de decisão; a adequação do arcabouço legal relativo ao planejamento; a cooperação técnica e financeira para o planejamento no SUS; e o provimento de estrutura e infra-estrutura para o desenvolvimento da atividade de planejamento.

## Objetivos

### Objetivo geral

O PlanejaSUS tem por objetivo geral coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde.

### Objetivos específicos

São objetivos específicos do Sistema de Planejamento do SUS:

- a) formular propostas e pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e seu contínuo aperfeiçoamento;
- b) propor metodologias e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento, englobando o monitoramento e a avaliação, que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- c) apoiar a implementação de instrumentos permanentes de planejamento para as três esferas de gestão do SUS, que sirvam de parâmetro mínimo para o processo de monitoramento, avaliação e regulação do SUS;
- d) apoiar a implementação de processo permanente e sistemático de planejamento nas três esferas de gestão do SUS, neste compreendido o planejamento propriamente dito, o monitoramento e a avaliação;
- e) promover a institucionalização, fortalecendo e reconhecendo as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- f) apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
- g) implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
- h) promover a educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam neste âmbito no SUS;
- i) promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados;
- j) incentivar a participação social como elemento essencial dos processos de planejamento;
- k) promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- l) implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita amplo compartilhamento de informações e experiências;

- m) identificar, sistematizar e divulgar informações e resultados decorrentes das experiências em planejamento, sobretudo no âmbito das três esferas de gestão do SUS, assim como da produção científica;
- n) fomentar e promover a intersetorialidade no processo de planejamento do SUS;
- o) promover a integração do ciclo de planejamento e gestão no âmbito do SUS, nas três esferas de governo;
- p) monitorar, avaliar e manter atualizado o processo de planejamento e as ações implementadas, divulgando os resultados alcançados, de modo a fortalecer o PlanejaSUS e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS;
- q) promover a adequação, a integração e a compatibilização entre os instrumentos de planejamento do SUS e os de governo;
- r) promover a discussão visando o estabelecimento de política de informação em saúde; e
- s) promover a discussão e a inclusão do planejamento na proposta de planos de carreira, cargo e salários do SUS.

## Responsabilidades

As áreas e profissionais que atuam em planejamento nas três esferas de gestão do SUS assumirão compromissos e responsabilidades voltadas à implantação, implementação, aperfeiçoamento e consolidação do PlanejaSUS. A seguir, são descritas as responsabilidades nos âmbitos federal, estadual e municipal, identificadas pelos profissionais participantes das oficinas macrorregionais e dos encontros do Sistema de Planejamento do SUS.

### No âmbito federal

- a) Coordenação do processo nacional de planejamento do SUS, em cooperação com os estados e municípios;
- b) organização, implantação e implementação do PlanejaSUS em âmbito nacional;
- c) cooperação técnica e financeira na implantação e implementação do PlanejaSUS em cada esfera de governo, bem como para a formulação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos definidos para este Sistema;
- d) implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
- e) promoção da educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam em planejamento no SUS;
- f) participação no Grupo de Planejamento da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

g) formulação e apresentação, para análise e deliberação da CIT, de propostas relativas ao funcionamento e aperfeiçoamento do PlanejaSUS e dos seus instrumentos básicos;

h) mobilização e coordenação do grupo de colaboradores, composto por especialistas e profissionais que atuam nas áreas de planejamento do SUS, no processo de planejamento e orçamento na esfera federal e em instituições de ensino e pesquisa, com vistas a apoiar o MS no cumprimento de suas responsabilidades junto ao PlanejaSUS;

i) apoio aos grupos de trabalho e demais fóruns da CIT em questões relativas ao planejamento no âmbito do SUS;

j) organização de sistema informatizado que agregue informações gerenciais em saúde de interesse do planejamento, valendo-se dos sistemas já existentes;

k) implantação, monitoramento e avaliação sistemática do processo de planejamento do SUS no âmbito federal e apoio a este processo nos estados e municípios;

l) utilização dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde como subsídio prioritário na formulação do Plano Nacional de Saúde, observada a Política Nacional de Saúde;

m) sensibilização dos gestores para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS;

n) assessoria aos estados na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e à organização do processo de planejamento estadual.

### **No âmbito estadual**

a) Organização e coordenação do PlanejaSUS no âmbito estadual e apoio a este processo nos municípios;

b) apoio ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS em âmbito nacional;

c) implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;

d) assessoria aos municípios na definição de estratégias voltadas ao fortalecimento e organização do processo de planejamento local e regional;

e) utilização de Planos Regionais/Municipais de Saúde como subsídio prioritário na formulação do Plano Estadual de Saúde, observada a Política de Saúde respectiva;

f) coordenação do processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;

g) apoio à organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais;

h) estímulo à criação e/ou apoio a câmaras específicas e grupos de trabalho dos CGR e CIB em questões relativas ao planejamento no âmbito do SUS;

i) fortalecimento das áreas de planejamento do estado e apoio às referidas áreas municipais;

j) monitoramento e avaliação das ações de planejamento no âmbito estadual e apoio aos municípios para o desenvolvimento deste processo;

- k) estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial;
- l) desenvolvimento da cooperação técnica e financeira aos municípios no âmbito do PlanejaSUS;
- m) promoção e apoio à educação permanente em planejamento para os profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS, em parceria com o MS e municípios;
- n) participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
- o) apresentação, para análise e deliberação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB –, de propostas relativas ao funcionamento e aperfeiçoamento do PlanejaSUS no respectivo âmbito;
- p) apoio às câmaras e grupos de trabalho da CIB em questões relativas ao planejamento no âmbito do SUS;
- q) sensibilização dos gestores para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS.

### **No âmbito municipal**

- a) Coordenação, execução e avaliação do processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, consoante aos pactos estabelecidos no âmbito do PlanejaSUS;
- b) apoio ao estado e ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS;
- c) implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos definidos de forma pactuada no âmbito do PlanejaSUS;
- d) sensibilização dos gestores e gerentes locais para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- e) elaboração dos instrumentos básicos de planejamento de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- f) participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
- g) participação e promoção de capacitação em planejamento, monitoramento e avaliação, na perspectiva da política da educação permanente;
- h) promoção de mecanismos de articulação entre as diversas áreas da SMS e com outros setores do município;
- i) estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial;
- j) implementação do planejamento local com monitoramento e avaliação das ações propostas, bem como divulgação dos resultados alcançados;

- k) coordenação de ações participativas visando a identificação de necessidades da população, tendo em vista a melhoria das ações e serviços de saúde;
- l) operacionalização, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão do SUS e retroalimentação de informações necessárias às três esferas;
- m) promoção da estruturação, institucionalização e fortalecimento do PlanejaSUS no município, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- n) participação no processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- o) apoio à organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais.

## Organização e funcionamento

### Organização

O Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – integra o Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal e divulgado pela Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Como assinalado no item 1.1, o Pacto apresenta os objetivos principais, os pontos essenciais de pactuação e as diretrizes operacionais do PlanejaSUS, conforme detalhado no presente documento e regulamentado na Portaria Nº 3.085/2006.

O processo de implantação do PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de seu Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria Nº 251, de 6 de fevereiro de 2006, proposto em oficinas macrorregionais realizadas em outubro e novembro de 2005, que tiveram por objetivo indicar as bases para a organização e funcionamento deste Sistema de Planejamento, aqui descritas, com a incorporação das adequações e aperfeiçoamentos que a sua prática até então indicou.

As propostas de organização e implementação do PlanejaSUS são pactuadas no âmbito da CIT que, em abril de 2007, criou o Grupo de Planejamento, vinculado a sua Câmara Técnica. Na sequência, o referido Comitê de Operacionalização foi desativado. O Grupo de Planejamento da Câmara Técnica da CIT é integrado por representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE/MS); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A esse Grupo cabe analisar as propostas e promover o encaminhamento devido, com vistas à tomada de decisão da CIT.

Para o cumprimento de suas responsabilidades na operacionalização do PlanejaSUS em nível nacional, o Ministério da Saúde conta com um Grupo de Colaboradores, composto por especialistas e profissionais que atuam no processo de planejamento e orçamento na esfera federal, nas áreas de planejamento do SUS e de instituições de ensino e pesquisa afins. Na avaliação e programação de ações voltadas à implementação do PlanejaSUS em âmbito nacional, o Ministério da Saúde adotou como estratégia, em 2008, a realização de encontros de dirigentes e técnicos das áreas de planejamento das três esferas de gestão. Nesses encontros, foram formuladas propostas de ações para o de-

envolvimento do Sistema de Planejamento nos âmbitos nacional e estadual, sobretudo a partir das experiências apresentadas (federal, estaduais e municipais). Os encontros substituíram as oficinas macrorregionais, realizadas em 2005 e 2006, sob a coordenação do MS, e em 2007, de forma descentralizada (coordenadas pelos estados e capitais sede). Participaram dos encontros realizados em abril e maio de 2008: dois profissionais das áreas de planejamento de todas as Secretarias Estaduais (o dirigente e um técnico); três de Secretarias Municipais (dois de todas as capitais e um de município com até 50 mil habitantes (indicado pelo respectivo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde/ Cosems); e representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e dos órgãos e entidades do MS.

### Funcionamento

O funcionamento do PlanejaSUS é pautado em programa de trabalho anual, formulado a partir da avaliação de desempenho e desenvolvimento deste Sistema e na conformidade da regulamentação que norteia a sua operação. Essa avaliação e indicação de ações para o referido programa são objeto permanente de eventos anuais promovidos pelo MS, reunindo dirigentes e técnicos que atuam em planejamento no SUS, sem prejuízo de outros temas que venham a ser propostos. Cada esfera deve dispor de programa de trabalho anual, aprovado pelo respectivo gestor e definido segundo as suas necessidades, possibilidades e estágio de desenvolvimento do PlanejaSUS respectivo. A avaliação desses programas são igualmente pautas permanentes dos eventos anuais.

Consoante aos pontos prioritários de pactuação constantes do eixo 3 - Regulamento do pacto pela vida e de gestão, as três esferas de gestão concentrarão esforços na institucionalização do PlanejaSUS, procurando conferir celeridade e fortalecer o seu processo de operacionalização e, conseqüentemente, a sua necessária capilaridade nacional. Nesse esforço, a estratégia essencial consiste na implementação de processos voltados à formulação/adequação, monitoramento e avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, conformados segundo os princípios e pressupostos que orientam este Sistema – constantes deste documento – e a sua regulamentação correspondente.

### Instrumentos básicos

No tocante a medidas relevantes à resolubilidade do PlanejaSUS, como assinalado no último parágrafo do capítulo anterior, os resultados decorrentes do processo de planejamento no SUS devem se expressar de forma concreta em instrumentos que lhe são próprios, de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do Sistema e conferir direcionalidade às ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Nesse sentido, o funcionamento do PlanejaSUS tem como base a formulação e revisão periódica desses instrumentos. Conforme estabelece a Portaria N.º 3.085/2006 (BRASIL, 2006c), pactuada de forma tripartite, são instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão: o Plano de Saúde

(PS), as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Tais instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos, de início, pelo PlanejaSUS.

Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é fundamental a realização de sua avaliação, a ser expressa em documento que retrate os resultados efetivamente alcançados, capaz de subsidiar a elaboração do novo Plano. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados. Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também 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 que devem ser desencadeadas.

No processo de formulação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, devem ser considerados alguns aspectos a seguir apresentados. Em primeiro lugar, vale reiterar que o processo ascendente de formulação do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS, assim como da 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. Nesse sentido, o Plano de Saúde – como instrumento referencial básico – deve refletir essas diferentes realidades.

O Plano de Saúde, mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. De fato, tal instrumento torna-se cada vez mais uma necessidade à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. Representa, enfim, meio importante de se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo. Apesar da inviabilidade de se definir um modelo acabado, aplicável às diversificadas realidades sanitárias e de gestão do SUS, é necessário e possível a construção de processo e estrutura básica, passíveis de serem utilizados e adaptados segundo as diferentes esferas de gestão.

Assim, na organização e implementação do PlanejaSUS, é importante a adoção do conceito básico de Plano de Saúde, que comporte, logicamente, a incorporação das adaptações que se fizerem necessárias em cada esfera. De acordo com a portaria Nº 3.332/2006 (BRASIL, 2006d), Plano de Saúde é o instrumento que “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§ 1º do Art. 2º). É importante registrar que o Plano Plurianual – PPA – da esfera de governo correspondente deve ser compatível com o seu Plano de Saúde.

As ações e outros elementos que dão consequência prática ao Plano são explicitados na respectiva Programação Anual de Saúde. A citada Portaria define a Programação Anual como “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” (BRASIL, 2006d). Os resultados e ações oriundos da Programação Anual devem compor o Relatório Anual de Gestão,

“instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários” (BRASIL, 2006d).

Os objetivos do Plano de Saúde definem o que se deseja alcançar no período, a partir de análise situacional de saúde da população e da respectiva gestão do SUS, assim como da viabilidade e exequibilidade técnica, financeira e política. As diretrizes são formulações que indicam as linhas de atuação a serem seguidas e devem ser apresentadas de forma objetiva e sucinta, com uma breve contextualização na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. Para cada diretriz, é apresentado o rol de metas – quantificadas – a serem alcançadas no período.

O PS é, enfim, o instrumento que norteia todas as medidas empreendidas pelo SUS no respectivo âmbito e que explicita a Política Nacional de Saúde – expressa na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde – e as políticas específicas. Por conseguinte, trata-se de instrumento estratégico para o funcionamento efetivo do PlanejaSUS. A sua construção requer, assim, processo cuidadosamente organizado, capaz de possibilitar a maior participação possível, tanto técnica quanto social. Dessa forma, a indicação para o funcionamento do PlanejaSUS é de que, na elaboração dos Planos de Saúde estaduais, sejam considerados os Planos Municipais como subsídios essenciais privilegiados. Por sua vez, os Planos Estaduais assumem esse papel quando da formulação do Plano Nacional. Constituem também subsídios estratégicos os relatórios das Conferências de Saúde. Vale ressaltar que, na conformidade do planejamento regional definido no Pacto pela Saúde, os Planos Estaduais e Municipais devem conter as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente nos Colegiados de Gestão Regional.

Considerando a dinamicidade dos elementos básicos que compõem a Programação Anual de Saúde – como ações, metas, recursos etc. –, o Plano de Saúde, por ser plurianual, requer revisões periódicas. Por outro lado, da mesma forma que a Programação, a cada ano será elaborado o Relatório de Gestão, que indicará, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

Cabe ressaltar, ainda, que o Plano, as suas respectivas Programações Anuais e os Relatórios Anuais de Gestão devem ser claros e precisos, de modo a facilitar o entendimento não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolvem a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde. Um dos papéis fundamentais do PlanejaSUS é de justamente oferecer modelos básicos desses instrumentos que, conforme assinalado anteriormente, devem ser acrescidos e adaptados às realidades da correspondente esfera de gestão. É oportuno assinalar, por fim, que o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem ser submetidos à apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

## Situação atual

Decorridos pouco mais de dois anos de sua implementação, é legítimo afirmar que o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – registra avanços significativos em direção ao seu objetivo. Ao mesmo tempo, ficam mais evidentes importantes desafios, alguns dos quais estratégicos para a celeridade e capilaridade do processo de implementação. Esses avanços e desafios, alguns aqui destacados, dizem respeito principalmente a aspectos estruturantes que, por um lado, são fundamentais à institucionalização do PlanejaSUS e, por outro, apresentam relevante grau de dificuldade, visto que implicam questões de natureza diversa, como recursos humanos, vontade técnica e política, informação e conhecimento.

Tais questões estão diretamente relacionadas com a grande motivação dos profissionais e dirigentes do SUS envolvidos no seu dia a dia de trabalho com o planejamento, ou seja: a construção da cultura desta função. A construção da cultura de planejamento no SUS pode ser classificada, precipuamente, como um avanço – na medida em que já vem sendo exercitada por um expressivo número de profissionais – e como um desafio, sobretudo se se considerar o curto período do processo em curso e o esvaziamento – talvez até mesmo distorção – que esta função experimentou ao longo das últimas décadas na administração pública.

As bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS e dos seus instrumentos básicos foram bastante difundidas no período, o que foi avaliado pelos participantes dos encontros realizados em abril e maio de 2008 como um dos pontos positivos do processo de implementação do PlanejaSUS. São exemplos dessa divulgação a implantação da série Cadernos de Planejamento – já com cinco volumes – e a criação do sítio do PlanejaSUS na página do MS na internet que, além das informações acerca do Sistema, apresenta experiências de estados e municípios na área, bem como textos, artigos e outras produções acadêmicas (<http://www.saude.gov.br/planejasus>). Tal avanço pode ser creditado, em grande parte, à regulamentação do Sistema de Planejamento (Ver item Questionário para Respostas Manuais, página 305), a qual é igualmente resultado importante, na medida em que normatiza as ações e medidas nas três esferas, favorece a sua institucionalização e contribui para a continuidade do processo, entre outros aspectos.

O desenvolvimento da pesquisa sobre o perfil do planejamento no SUS, realizada no período de setembro de 2006 a agosto de 2007, constitui outro resultado relevante, que teve a participação espontânea de 3.278 municípios, de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de todos os órgãos e entidades do MS. Essa pesquisa reuniu dados e informações inerentes às condições de infra-estrutura física, tecnológica e de suprimento logístico disponível para as atividades de planejamento nas três esferas de gestão; a disponibilidade de pessoal, o nível de formação e de capacitação dos recursos humanos em atuação na área; e as expectativas dos profissionais em termos de capacitação.

Trata-se de um banco de grande importância, sobretudo para a definição de ações voltadas à operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS nas três esferas. Como exemplo de sua aplicação, destaca-se a elaboração dos programas de trabalho aprovados

nas CIB para o repasse, em 2007, do incentivo financeiro destinado à implementação do PlanejaSUS (BRASIL, 2007a). A pesquisa indicou também a expectativa dos profissionais quanto à educação continuada que, ao contrário do que se supunha, consideraram prioritários e urgentes cursos de capacitação em planejamento de curta duração. O volume 5 desta série de Cadernos de Planejamento tem como tema essa pesquisa, cujos dados e informações dos municípios que responderam ao questionário são apresentados segundo as regiões geográficas. O banco de dados de cada estado e de seus municípios que responderam ao questionário da pesquisa já foi encaminhado às áreas de planejamento dos estados e encontra-se disponível na CGPL/SPO/SE/MS.

Em parceria com a Opas/OMS e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, o PlanejaSUS iniciou em agosto de 2007 cursos em planejamento de 40 horas, presenciais, que contaram com mais de 1.500 participantes, entre gestores e técnicos do SUS das três esferas (esse montante não inclui os profissionais capacitados nos outros cursos adaptados e promovidos pelas SES). Na avaliação dos participantes, a capacitação será de grande importância para a sua atuação no SUS. Registre-se que o tema planejamento quase sempre figura em capacitações promovidas no âmbito do SUS, em geral como um módulo (até então não havia sido objeto específico de curso).

No contexto ainda de resultados considerados estratégicos na construção do PlanejaSUS, está a criação, em 2007, de incentivo financeiro para apoiar a organização e implementação deste Sistema nos estados e municípios, no montante de R\$18,2 milhões dos quais foram repassados Fundo-a-Fundo R\$ 16,4 milhões. Cinco Unidades Federadas não encaminharam o programa de aplicação dos recursos aprovado pela respectiva CIB, critério pactuado para o repasse (BRASIL, 2007a).

Na distribuição dos recursos do incentivo financeiro para o PlanejaSUS, foram adotados os seguintes critérios: (i) fixação de um valor para cada UF (o valor para os estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi maior que os demais); (ii) fixação de um valor segundo o número de municípios de cada UF (também diferenciado, conforme as regiões); e (iii) fixação de um valor per capita (único para todo o País). Registre-se que alguns programas de aplicação do incentivo financeiro contemplam a continuidade da capacitação em planejamento, inclusive com a estratégia de educação a distância, visando ampliar o número de participantes. Segundo a Portaria N° 1.885/2008 (BRASIL, 2008a), de 9 de setembro de 2008, esse incentivo financeiro passa a ser anual e assegura, para 2008, praticamente o mesmo montante de recursos transferidos em 2007. Essa Portaria mantém os critérios de distribuição do incentivo financeiro anterior, com exceção do valor per capita para todo o País.

Por outro lado, em termos de desafios, devem ser destacados inicialmente a necessidade e a importância da operacionalização do PlanejaSUS em todo o País, para o que é preciso ter em conta as dificuldades apontadas pela mencionada pesquisa sobre o perfil do planejamento, principalmente aquelas relacionadas a infra-estrutura e disponibilidade de recursos humanos.

Ao lado da implementação do PlanejaSUS em nível nacional, outro desafio diz respeito à adoção efetiva do planejamento, por parte dos gestores, como processo estra-

tégico para a sua atuação. Trata-se de tarefa extremamente difícil porque essa função não está vinculada ao processo contínuo que encerra, capaz de prover o gestor de mecanismos que permitem o alcance dos resultados buscados, tanto na melhoria das condições de saúde da população, quanto da gestão em si. Na verdade, o planejamento ainda está muito vinculado aos instrumentos que resultam e realimentam o seu processo – como planos, programas, projetos, relatórios etc. –, para o cumprimento de questões legais e normativas.

Nesse mesmo contexto, estão a formulação, o monitoramento e a avaliação dos instrumentos básicos do PlanejaSUS – Plano de Saúde, respectivas Programações Anuais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão – dentro de um processo contínuo e permanentemente ativo, como destacado acima. É importante enfatizar que alguns estados e municípios já registram resultados muito interessantes em termos de formulação. Contudo, mesmo nesses, ainda são destoantes os resultados alcançados quanto ao monitoramento e a avaliação no processo de planejamento no SUS.

Na conformidade da avaliação relativa à implementação do PlanejaSUS até o momento, realizada nos encontros citados, pelo menos dois outros desafios devem ser registrados que, embora estejam sendo enfrentados, são e precisam ser mantidos como tal, de modo que a construção deste Sistema se dê coletiva e continuamente aperfeiçoada, com a coragem de rever sempre para avançar logo adiante. São eles: (i) a capacitação contínua em planejamento de gestores e dos profissionais que atuam nesta função; e (ii) a mobilização da academia na legitimação e qualificação do PlanejaSUS.

## Portarias relativas ao Sistema de Planejamento do SUS

### Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006

Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

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

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

Considerando que o planejamento constitui instrumento estratégico para a gestão do SUS nas três esferas de governo;

Considerando que a organização e o funcionamento de um sistema de planejamento do SUS configuram mecanismo relevante para o efetivo desenvolvimento das ações nesta área;

Considerando que a atuação sistêmica do planejamento contribuirá, oportuna e efetivamente, para a resolubilidade e a qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira; e

Considerando que a Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, a qual divulga o Pacto pela Saúde 2006, estabelece, no item 4 do Anexo I, os princípios, os objetivos e os pontos de pactuação do Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS, nos termos do disposto nesta Portaria.

§ 1º - O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS.

§ 2º - Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais e regionais.

§ 3º Como parte integrante do ciclo de gestão, esse Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

§ 4º No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de

governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Objetivos específicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;

VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e

VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Art. 3º Propor a instituição de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

§ 1º Esse incentivo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com vistas à efetivação do referido Sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos.

§ 2º O repasse do incentivo ora proposto será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 3º O programa de trabalho de que trata o parágrafo anterior deverá contemplar medidas que possibilitem a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS, na conformidade dos objetivos deste Sistema, descritos no artigo 2º desta Portaria.

§ 4º Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos municípios, de modo a evitar a pulverização dos recursos e a promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no estado.

Art. 4º O Sistema de que trata esta Portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

§ 1º São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e

II - o Relatório de Gestão.

§ 2º Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos.

§ 3º O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

§ 4º O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Agenor Álvares da Silva*

## Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006

Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do art. 87, da Constituição Federal, e Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão; Considerando que o Pacto pela Saúde estabelece uma agenda de prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, na qual estão estabelecidos os instrumentos básicos deste Sistema; Considerando a importância da institucionalização e do fortalecimento do planejamento no SUS, legitimando o mencionado Sistema como processo estratégico de gestão;

Considerando as responsabilidades específicas de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS; Considerando que o processo de planejamento em cada esfera de gestão deve ser desenvolvido segundo as respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias;

Considerando que o desenvolvimento desse processo deve ter em conta a necessidade da participação social e da intensificação da articulação intra e intersetorial;

Considerando que a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento - englobando o monitoramento e a avaliação - devem traduzir as diretrizes do SUS e ser adaptável às particularidades de cada esfera administrativa;

Considerando a importância da implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo e que subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; e

Considerando a necessidade de monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema de Planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

- I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e
- II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1º A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera e gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção.

§ 4º No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão.

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

- I - o da análise situacional; e
- II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6º A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersectorialidade; e

III - gestão em saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Art. 3º Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1º A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;

III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e

IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

§ 2º A Programação Anual de Saúde congrega – de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do §1º precedente – as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

§ 3º O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1º Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2º O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3º Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;

II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e

III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4º Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

§ 6º Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7º Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8º Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 548/GM, de 12 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2001, seção 1, página 18.

*José Agenor Álvares da Silva*

## Portaria Nº 376, de fevereiro de 2007

Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, em especial o seu art. 3º e respectivos parágrafos, que tratam de incentivo financeiro destinado a apoiar a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

§ 1º O repasse do incentivo ora instituído será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 2º O referido programa de trabalho deverá ser encaminhado à SPO/SE/MS.

§ 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias com vistas ao repasse desse incentivo.

§ 4º O incentivo de que trata este artigo será repassado na conformidade dos valores definidos no Anexo a esta Portaria, adotando-se como critério a busca da redução das desigualdades regionais.

§ 5º Os recursos necessários ao repasse desse incentivo serão oriundos do Programa 10.121.0016.8619 Aperfeiçoamento, Implementação e Acompanhamento dos Processos de Planejamento e de Avaliação do MS.

Art. 2º Estabelecer que o Sistema de que trata esta Portaria tenha expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Agenor Álvares da Silva*

**Anexo da Portaria Nº 376, de fevereiro de 2007**

Valores relativos ao incentivo financeiro do Sistema de Planejamento do SUS aos estados, Distrito Federal e municípios.

<b>Região/UF</b>	<b>Total</b>
<b>Brasil</b>	<b>18.205.013</b>
<b>Norte</b>	<b>2.063.544</b>
AC	164.287
AM	348.417
AP	152.129
PA	648.729
RO	249.530
RR	140.566
TO	359.886
<b>Nordeste</b>	<b>5.961.155</b>
AL	393.596
BA	1.374.567
CE	762.464
MA	708.966
PB	591.994
PE	779.680
PI	562.544
RN	483.954
SE	303.390
<b>Sudeste</b>	<b>5.791.601</b>
ES	298.418
MG	1.864.873
RJ	911.170
SP	2.717.140
Sul	2.686.675
PR	962.093
RS	1.088.254
SC	636.328
<b>Centro-Oeste</b>	<b>1.702.038</b>
DF	216.655
GO	725.396
MS	322.423
MT	437.564

## Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007

Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

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

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão, alterada pela Portaria nº 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007;

Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS e institui o Plano de Saúde, suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando que a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, em seu art.32, estabelece que a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á mediante relatório de gestão; e

Considerando as responsabilidades de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas ao fluxo do Relatório Anual de Gestão, para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Art. 2º Os Municípios, após apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde, devem encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite, a resolução de aprovação do respectivo relatório até 30 de abril de cada ano.

Parágrafo único. Quando o processo de apreciação e aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde ultrapassar o prazo do primeiro trimestre do ano, os Municípios devem encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite ata da reunião do Conselho de Saúde que formalize essa situação.

Art. 3º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) consolidar as resoluções relativas aos relatórios de gestão municipais em formulário específico, conforme modelo estabelecido no Anexo, e encaminhá-lo à Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), até 30 de maio de cada ano.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais de Saúde devem atualizar periodicamente e encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite as informações sobre os Municípios que forem aprovando seu Relatório de Gestão nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º A União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão no respectivo Conselho de Saúde, devem encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Tripartite, a resolução de aprovação do referido relatório, até 30 de abril de cada ano.

Parágrafo único. A Comissão Intergestores Tripartite deve consolidar as informações recebidas das Secretarias de Saúde dos Estados e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

Art. 5º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem encaminhar seus relatórios anuais de gestão aos respectivos Tribunais de Contas e guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

Parágrafo único. O Relatório Anual de Gestão deve ser disponibilizado para os processos de monitoramento, avaliação e auditoria, sempre que necessário.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Gomes Temporão*

**Anexo da Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007**

**Modelo de formulário de informe das SES à CIT referente aos Relatórios Anuais de Gestão Municipais.**

ESTADO:

Cód. IBGE:

MUNICÍPIO	Relatório de Gestão apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde	Relatório de Gestão em análise pelo Conselho Municipal de Saúde	Sem informação

Local e data

Assinatura do Coordenador da CIB

Assinatura do Presidente do Cosems

### Portaria Nº 1.510, de 25 de junho de 2007

Desvincula o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela 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 Federal, considerando a decisão da Comissão Intergestores Tripartite, em sua reunião de 26 de abril de 2007, resolve:

Art.1º Desvincular o repasse dos recursos relativos ao incentivo para apoiar a implementação do Sistema de Planejamento do SUS do critério de adesão ao Pacto pela Saúde, de que trata o § 1o- do Art. 30, da Portaria no- 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

§ 1º Essa desvinculação refere-se aos recursos definidos para o exercício de 2007.

§ 2º O repasse do incentivo será efetuado após o envio do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite para a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, conforme a Portaria/GM/MS 376 de 16/02/2007.

Art. 2º A Comissão Intergestores Bipartite dos Estados e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal deverão informar ao Ministério da Saúde o cronograma em que as SES e as SMS farão a sua adesão ao Pacto pela Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor da data de sua publicação.

*José Gomes Temporão*

## Portaria Nº 1.885, de 9 de setembro de 2008

Institui incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS.

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

Considerando os princípios, os objetivos e os pontos de pactuação do Sistema de Planejamento do SUS, constantes do item 4 do Anexo I, à Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006;

Considerando que a organização e o funcionamento do referido Sistema configuraram mecanismos estratégicos para o aperfeiçoamento da gestão nas três esferas do SUS e para a efetividade das ações e serviços de saúde prestados à população;

Considerando o estágio atual, em todo o País, do processo de implementação do Sistema de Planejamento do SUS, neste incluída a formulação/adequação dos seus instrumentos básicos estabelecidos no art. 4º da Portaria nº 3.085, de 1º de fevereiro de 2006, que regulamenta o referido Sistema;

Considerando o art. 3º da Portaria nº 3.085/GM, de 1º de fevereiro de 2006, relativo à instituição de incentivo financeiro destinado a apoiar a implementação desse Sistema; e

Considerando a decisão da Comissão Intergestores Tripartite, em reunião realizada no dia 28 de agosto de 2008, resolve:

Art. 1º Instituir incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido anualmente, de forma automática, aos Fundos de Saúde e em parcela única.

§ 1º O incentivo ora instituído insere-se no componente para a qualificação da gestão do SUS de que trata o bloco de financiamento respectivo.

§ 2º O repasse do incentivo será efetuado mediante encaminhamento à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria-Executiva – SPO/SE, após aprovação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB, de proposta de ação a ser desenvolvida com o incentivo financeiro ora instituído, contendo os objetivos específicos, as ações a serem desenvolvidas e o cronograma correspondente.

Art. 2º Determinar que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias com vistas ao repasse desse incentivo.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo será repassado na conformidade dos valores definidos no Anexo a esta Portaria, adotando-se como critério a busca da redução das desigualdades regionais.

§ 2º Os recursos necessários ao repasse desse incentivo serão oriundos do Programa 10.121.0016.8619 - Aperfeiçoamento, Implementação e Acompanhamento dos Processos de Planejamento e de Avaliação do MS.

§ 3º Os recursos do incentivo financeiro de que trata o artigo 1º são destinados a despesas de custeio, tais como treinamentos, capacitações, seminários e/ou reuniões técnico-operacionais, contratação de serviços, produção de materiais técnicos, instruções e de divulgação, entre outros desta natureza.

Art. 3º Desvincular o repasse dos recursos relativos ao incentivo para apoiar a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, do critério de adesão ao Pacto pela Saúde, de que trata o § 1º do art. 30 da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Gomes Temporão*

**Anexo da Portaria Nº 1.885, de 9 de setembro de 2008.**

REGIÃO/UF	Nº DE MUNICÍPIOS	TOTAL
<b>BRASIL</b>	<b>5.564</b>	<b>18.007.650,00</b>
<b>NORTE</b>	<b>449</b>	<b>2.614.950,00</b>
AC	22	266.100,00
AM	62	368.100,00
AP	16	250.800,00
PA	143	574.650,00
RO	52	342.600,00
RR	15	248.250,00
TO	139	564.450,00
<b>NORDESTE</b>	<b>1.793</b>	<b>6.462.150,00</b>
AL	102	470.100,00
BA	417	1.273.350,00
CE	184	679.200,00
MA	217	763.350,00
PB	223	778.650,00
PE	185	681.750,00
PI	223	778.650,00
RN	167	635.850,00
SE	75	401.250,00
<b>SUDESTE</b>	<b>1.668</b>	<b>4.019.400,00</b>
ES	78	309.900,00
MG	853	1.898.650,00
RJ	92	338.600,00
SP	645	1.472.250,00
SUL	1.188	2.885.400,00
PR	399	967.950,00
RS	496	1.166.800,00
SC	293	750.650,00
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>466</b>	<b>2.025.750,00</b>
DF	1	210.000,00
GO	246	837.300,00
MS	78	408.900,00
MT	141	569.550,00





# **Instrumentos básicos**



## 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)<sup>1</sup>.

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 corresponsabilidade 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 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.

---

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

- 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 de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
  - 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 intersetorialidade 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 ine-

rentes 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 – 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).

### **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 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 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.
- **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 ins-

trumento 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** conterà, 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 PlanejaSUS – 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 anali-

sar 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.



**Estudo sobre o  
arcabouço legislativo do  
planejamento em saúde**



## Levantamento da legislação referente ao planejamento público

### Constituição Federal

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

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

§ 1º A lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada.

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento.

§ 3º O Poder Executivo publicará, até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária.

§ 4º Os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional.

§ 5º A lei orçamentária anual compreenderá:

- I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público;
- II - o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público. (BRASIL, 1988).

Art. 195:

§2º A proposta do orçamento da seguridade social era elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

[...] § 10 A lei definirá os critérios de transferências de recursos para o Sistema Único de Saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos. (BRASIL, 1988).

## EC 29/2000 – Vinculação de receitas para a saúde

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias / ADCT:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes [...]

[...] § 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei. [Acréscimo de dispositivo/AC]. (BRASIL, 2000a).

## Lei Complementar 101/2000 – Responsabilidade fiscal

Art. 4º A lei de diretrizes orçamentárias atenderá o disposto no § 2º do art. 165 da Constituição e:

Art. 5º O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias e com as normas desta Lei Complementar:

Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 52. O relatório a que se refere o § 3º do art. 165 da Constituição abrangerá todos os Poderes e o Ministério Público, será publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre e composto de:

I - balanço orçamentário, que especificará, por categoria econômica, as:

- a) receitas por fonte, informando as realizadas e a realizar, bem como a previsão atualizada;
- b) despesas por grupo de natureza, discriminando a dotação para o exercício, a despesa liquidada e o saldo;

II - demonstrativos da execução das:

- a) receitas, por categoria econômica e fonte, especificando a previsão inicial, a previsão atualizada para o exercício, a receita realizada no bimestre, a realizada no exercício e a previsão a realizar;
- b) despesas, por categoria econômica e grupo de natureza da despesa, discriminando dotação inicial, dotação para o exercício, despesas empenhada e liquidada, no bimestre e no exercício;
- c) despesas, por função e subfunção.

§ 1º Os valores referentes ao refinanciamento da dívida mobiliária constarão destacadamente nas receitas de operações de crédito e nas despesas com amortização da dívida.

§ 2º O descumprimento do prazo previsto neste artigo sujeita o ente às sanções previstas no § 2º do art. 51.

Art. 54. Ao final de cada quadrimestre será emitido pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 Relatório de Gestão Fiscal, assinado pelo:

I - Chefe do Poder Executivo;

II - Presidente e demais membros da Mesa Diretora ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Legislativo;

III - Presidente de Tribunal e demais membros de Conselho de Administração ou órgão decisório equivalente, conforme regimentos internos dos órgãos do Poder Judiciário;

IV - Chefe do Ministério Público, da União e dos Estados.

Parágrafo único. O relatório também será assinado pelas autoridades responsáveis pela administração financeira e pelo controle interno, bem como por outras definidas por ato próprio de cada Poder ou órgão referido no art. 20.

Art. 55. O relatório conterà:

I - comparativo com os limites de que trata esta Lei Complementar, dos seguintes montantes:

- a) despesa total com pessoal, distinguindo a com inativos e pensionistas;
- b) dívidas consolidada e mobiliária;
- c) concessão de garantias;
- d) operações de crédito, inclusive por antecipação de receita;
- e) despesas de que trata o inciso II do art. 4º;

II - indicação das medidas corretivas adotadas ou a adotar, se ultrapassado qualquer dos limites;

III - demonstrativos, no último quadrimestre:

- a) do montante das disponibilidades de caixa em trinta e um de dezembro;
- b) da inscrição em Restos a Pagar, das despesas:
  - 1) liquidadas;
  - 2) empenhadas e não liquidadas, inscritas por atenderem a uma das condições do inciso II do art. 41;
  - 3) empenhadas e não liquidadas, inscritas até o limite do saldo da disponibilidade de caixa;
  - 4) não inscritas por falta de disponibilidade de caixa e cujos empenhos foram cancelados;
- c) do cumprimento do disposto no inciso II e na alínea b do inciso IV do art. 38.

§ 1º O relatório dos titulares dos órgãos mencionados nos incisos II, III e IV do art. 54 conterá apenas as informações relativas à alínea a do inciso I, e os documentos referidos nos incisos II e III.

§ 2º O relatório será publicado até trinta dias após o encerramento do período a que corresponder, com amplo acesso ao público, inclusive por meio eletrônico.

§ 3º O descumprimento do prazo a que se refere o § 2º sujeita o ente à sanção prevista no § 2º do art. 51.

§ 4º Os relatórios referidos nos arts. 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pelo conselho de que trata o art. 67. (BRASIL, 2000b)

### **Lei nº 4.320/64 – Finanças e contabilidade pública**

Art. 71. Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

Art. 72. A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a turnos especiais far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em créditos adicionais.

Art. 73. Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

Art. 74. A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente. (BRASIL, 1964).

### **Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

Art.18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I – Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. (BRASIL, 1990a).

### **Lei nº 8.142/90 – Rateio de recursos da União para estados e municípios**

Art. 1º [...]

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União. (BRASIL, 1990b)

### **Lei nº 8.212, de 24/7/1991 – Organização da seguridade social e plano de custeio**

§ 7º Os orçamentos previstos no § 5º, I e II, deste artigo, compatibilizados com o plano plurianual, terão entre suas funções a de reduzir desigualdades inter-regionais, segundo critério populacional.

§ 8º A lei orçamentária anual não conterà dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei. (BRASIL, 1991).

### **Decreto nº 1.651/95 – Sistema Nacional de Auditoria do SUS**

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise: a) do contexto normativo referente ao SUS; b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão; c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria; d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar; e) de indicadores de morbimortalidade; f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços; g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação; h) do desempenho da rede de serviços de saúde; i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde; j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas; l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação: a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais, b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994; b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde; c) os serviços de saúde sob sua gestão; d) os sistemas estaduais de saúde; e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada; b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde; c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal: a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde; b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados; c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omissa ou sem condições de executá-las. § 2º OS membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante: a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se re-

passados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 9º (que trata da apresentação de relatório trimestral, em audiência pública). (BRASIL, 1995).

### **Decreto nº 1.232/94 – Transferência fundo a fundo**

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congêneres e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste Decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 4º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde. (BRASIL, 1994).

## **Portarias do Ministério da Saúde sobre planejamento (Ver item Portarias do MS sobre Planejamento do SUS e o Decreto nº 1.651/95, página 89)**

- 1) Portaria nº 393, de 29/3/2001 – Dispõe sobre a Agenda Nacional da Saúde para 2001.
- 2) Portaria nº 548, de 12/4/2001 – Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS.
- 3) Portaria nº 399, de 22/2/2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
- 4) Portaria nº 699, de 30/3/2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
- 5) Portaria nº 1.097, de 22/5/2006 – Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

## **Portaria do Ministério do Planejamento**

### **Portaria nº 42, de 14/4/1999 – Ministério do Planejamento**

Art. 1º As funções a que se refere o art. 2º, inciso I, da Lei no 4.320, de 17 de março de 1964, discriminadas no Anexo 5 da mesma Lei, e alterações posteriores, passam a ser as constantes do Anexo que acompanha esta Portaria.

§ 1º Como função, deve entender-se o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

§ 2º A função “Encargos Especiais” engloba as despesas em relação às quais não se possa associar um bem ou serviço a ser gerado no processo produtivo corrente, tais como: dívidas, ressarcimentos, indenizações e outras afins, representando, portanto, uma agregação neutra.

§ 3º A subfunção representa uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.

§ 4º As subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Para os efeitos da presente Portaria entendem-se por:

- a) Programa, o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual;
- b) Projeto, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo;

c) Atividade, um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo;

d) Operações Especiais, as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto, e não geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços.

Art. 3º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estabelecerão, em atos próprios, suas estruturas de programas, códigos e identificação, respeitados os conceitos e determinações desta Portaria.

Art. 4º Nas leis orçamentárias e nos balanços, as ações serão identificadas em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais.

Art. 6º O disposto nesta Portaria se aplica aos orçamentos da União, dos Estados e do Distrito Federal para o exercício financeiro de 2000 e seguintes, e aos Municípios a partir do exercício financeiro de 2002, revogando-se a Portaria nº 117, de 12 de novembro de 1998, do ex-Ministro do Planejamento e Orçamento, e demais disposições em contrário.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 1999).

*Pedro Parente*

Funções e subfunções de governo

10 – Saúde

301 – Atenção básica

302 – Assistência hospitalar e ambulatorial

303 – Suporte profilático e terapêutico

304 – Vigilância sanitária

305 – Vigilância epidemiológica

306 – Alimentação e nutrição

## Análise da legislação

### Introdução

Ao se falar de planejamento, não poderíamos, antes de adentrar no tema específico deste tópico, deixar de discorrer, brevemente, sobre a importância do planejamento para o desenvolvimento de um país e a necessidade, cada vez mais premente, da participação popular no exercício dessa função pública.

Na área da saúde, a Constituição (BRASIL, 1988), em seu art. 198, incluiu dentre as diretrizes do SUS, a participação da comunidade expressa, nos termos da Lei 8.142, nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde. A Conferência de Saúde nada mais é do que um instrumento de diagnóstico para o planejamento da saúde, uma vez que, a cada quatro anos, devem reunir representantes dos vários segmentos sociais para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde configuram a participação social na definição dos objetivos de longo prazo para o desenvolvimento da saúde pública, as quais, por sua vez, deverão ser incorporadas nos PPAs e nos Planos de Saúde. Os conselhos de saúde atuam como co-formuladores (democracia participativa) da política de saúde municipal, estadual e federal, aprovando o plano de saúde, elaborado pelas secretarias de saúde e Ministério da Saúde, sendo, ainda, agentes fiscalizadores de sua condução.

De acordo com Fábio Konder Comparato:

[...] planificação do desenvolvimento é função de eminente interesse público. Ela não pode ficar confiada exclusivamente a agentes estatais, sem ligação com grupos ou categorias que formam a sociedade. Importa, pois, que os planos de desenvolvimento – nacionais, regionais e estaduais contem, em sua elaboração, com a participação obrigatória de representantes da comunidade. É somente assim que a política de desenvolvimento deixa de ser tarefa estritamente burocrática, para se tornar função de interesse coletivo. (COMPARATO, 1989).

No entendimento do jurista, “é indispensável, ainda, dar eficiência operacional à democracia, com a criação de um órgão de poder de planejamento autônomo, composto de representantes dos setores mais importantes da sociedade civil”. (COMPARATO, 2006).

Na saúde, isso é uma realidade constitucional e legal, necessitando tornar-se fato concreto, uma vez que os planos de saúde nem sempre retratam os reclamos da comunidade e nem sempre contam com a sua efetiva participação. Por outro lado, de nada adianta convocar as conferências de saúde em época discordante da elaboração dos PPAs. As conferências devem ser realizadas em data anterior à elaboração do PPA e do Plano de Saúde para que suas recomendações possam ser incorporadas naqueles documentos.

Impõe-se, ainda, que o processo de planejamento ascendente – art. 36 da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a) – deixe de ser apenas formal. As necessidades de saúde da população começam nos municípios e são executadas nos municípios. Daí a importância do planejamento iniciar-se na base local para orientar o planejamento nacional.

### Da legislação

O ponto de partida para qualquer trabalho que venha referenciar o processo de planejamento no Sistema Único de Saúde, seja no tocante a sua regulamentação específica, seja quanto à estruturação dos planos de saúde ou dos compromissos firmados entre os dirigentes da saúde, sob a forma de pactos, definindo atribuições e responsabilidades, requer a observação das normas constitucionais e legais a respeito do planejamento público. (Plano Plurianual e LDO).

O planejamento é um processo do qual resultam instrumentos estratégicos para a gestão em qualquer esfera de governo, sendo responsabilidade dos dirigentes públicos a sua observância e execução. Nos termos da LC 101 (BRASIL, 2000b), a responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas.

Essa ação de controle e auditoria na aplicação dos recursos públicos, na saúde, é da competência do SNA, o qual deve atuar de forma articulada com o Sistema de Planejamento, cabendo-lhe promover e coordenar o planejamento das ações e serviços de saúde.

Desse modo, o primeiro passo para a regulamentação do planejamento da saúde é a observância da Constituição e da LC 101/2000.

A Constituição, em seu art. 165, reza que:

[...] leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o plano plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orçamentos anuais, dispondo, ainda, que a lei que instituir o plano plurianual estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública. (BRASIL, 1988).

O Plano Plurianual para o quadriênio 2004-2007 está previsto na Lei n. 10.933/2004. Todo o planejamento da saúde e os instrumentos resultantes do seu processo, como consequência, deverão manter uniformidade com o previsto nesta Lei no tocante as suas metas, planos e programas e no Decreto n. 5.233/2004 para o ano de 2007.

Os instrumentos oriundos do planejamento em saúde, consequentemente, são parte integrante do planejamento nacional, consubstanciado no Plano Plurianual e nas anuais leis de diretrizes orçamentárias.

Por sua vez, a elaboração do plano de saúde – base de todas as atividades e programações do SUS – deverá ser compatível, em cada esfera de governo, com o Plano Plurianual e com as anuais LDO e LOA (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, o plano de saúde é também plurianual, sendo operacionalizado por intermédio das programações anuais

que, no tocante aos recursos financeiros necessários a sua consecução, devem manter igualmente a necessária uniformidade com a LDO e a LOA.

Enfim, o PPA, a LDO, a LOA, o plano de saúde e as programações anuais de saúde são instrumentos que balizam a formulação de programações específicas de áreas técnicas, a exemplo das atuais PPI da assistência, da PPI da Vigilância em Saúde, da programação das DST/Aids, da atenção básica, da assistência farmacêutica etc.

Desse modo, qualquer regulamentação específica do setor saúde deverá guardar consonância com esse arcabouço legal geral nacional, estadual e municipal.

### Do Sistema Único de Saúde

Especificamente na saúde, a Lei n. 8080/90 tratou da questão do planejamento no art. 36 e nos arts. 7º, VII, 15 e 16.

O art. 7º, VII, eleva à condição de princípio do SUS a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

O art. 15, que estabelece a competência comum das três esferas de governo, impõe-lhes o dever de elaborar e atualizar, periodicamente, o plano de saúde (VIII); elaborar a proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde (X); e promover a articulação das políticas de saúde e dos planos de saúde.

No tocante à competência específica da União, o art. 16 determina seja elaborado o Planejamento Estratégico Nacional, em cooperação com Estados, DF e Municípios (XVIII) sem perder de vista o art. 18 da CF.

O art. 35 nos dá referências para o planejamento, uma vez que grande parte do serviço de saúde é executada pelos municípios e estados e estes recebem parte dos recursos que financiam a saúde mediante transferências obrigatórias da União. E essas transferências devem ser baseadas em critérios legais de rateio; enquanto a Lei Complementar mencionada na EC 29 não for editada, as transferências devem observar o disposto no art. 35 da Lei n. 8.080/90 e art. 3º da Lei n. 8.142/90, ambas recepcionadas pela EC 29.

É no art. 36 que a Lei 8.080/90 dispõe, mais especificamente, sobre o planejamento e a orçamentação da saúde:

O processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvido seus órgãos deliberativos, compatibilizando as necessidades da política de saúde com as disponibilidades de recursos em planos de saúde dos Municípios, Estados e Distritos Federais. (BRASIL, 1990a).

Continuando, seu primeiro parágrafo reza que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”. (BRASIL, 1990a).

O art. 37 dispõe sobre a competência do Conselho Nacional de Saúde para fixar as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e de organização de serviços em cada jurisdição administrativa.

São essas as regras gerais específicas da saúde quanto ao planejamento nacional de observância obrigatória pela União, Estados e municípios. No tocante ao rateio dos

recursos da União para estados e municípios e dos estados para seus municípios vigoram as regras expressas no art. 35 da Lei 8.080/90. As suas diretrizes são claras e apontam quais são os critérios que devem ser levados em conta no tocante à distribuição dos recursos da União para os estados e municípios enquanto lei complementar não for editada, nos termos da EC 29/2000.

Isso posto, vê-se que os planos de saúde e seu orçamento devem estar conformes ao PPA e integrados na LOA. Se, na saúde, se entender necessário estabelecer diretrizes para orientação do seu orçamento, elas deverão estar previstas na LDO ou, pelo menos, ser compatíveis com as diretrizes ali previstas.

Não basta o plano de saúde propor esta ou aquela meta sem previsão na lei orçamentária. Também o plano de saúde não pode passar ao largo daquilo que foi previsto no Plano Plurianual.

Enquanto no PPA as metas são desagregadas para cada exercício, no plano de saúde as metas são agregadas para o período (este idêntico ao do PPA). Hoje, temos o PPA do Governo Federal e o Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil para o período 2004-2007. As metas de um e de outro instrumento, portanto, não podem ser simplesmente transpostas de um para outro instrumento. O PNS vigente, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em agosto de 2004 e publicado no Diário Oficial da União em dezembro subsequente, teve como bases prioritárias de sua elaboração o PPA e os relatórios da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no final de 2003. Considerando as bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS, o processo de formulação do PNS para o período de 2008-2011 deverá ser iniciado no começo de 2007, de modo a balizar a elaboração e a finalização do PPA (em agosto).

Por outro lado, considerando que na saúde os recursos financeiros nos municípios e estados resultam da conjugação de recursos próprios e de transferências intergovernamentais, deve-se, também, observar o planejamento um do outro.

Lembramos, ainda, o disposto no art. 12 da Lei 10.933 (BRASIL, 2004a), que trata dos pactos de concertamento – facultando-se ao Poder Executivo Federal estabelecer pactos com estados, municípios e DF, definindo atribuições e responsabilidades das partes com vistas à execução do PPA.

Na saúde, essa faculdade está reproduzida no pacto da saúde – instrumento de definição de responsabilidades entre os gestores da saúde municipal, estadual e federal, visando à execução de planos locais, regionais e estaduais na área da saúde, compatibilizando-se metas nacionais, estaduais e municipais. O planejamento, em sua organização sistêmica – expressa no PlanejaSUS –, é instrumento fundamental para esse concertamento entre as esferas de gestão do SUS.

São essas as referências para a elaboração do plano de saúde nacional, estadual e municipal.

Mas, não podemos deixar de esclarecer que a União, na área da saúde, tem competência para legislar sobre normas gerais, ou seja, normas principiológicas, de diretrizes. Qualquer regulamento que venha a ser editado pelo Ministério da Saúde não poderá ultrapassar a barreira das regras gerais, competindo aos Estados, no âmbito de sua com-

petência legislativa, editar normas complementares, mais detalhadas, para contemplar as especificidades estaduais e regionais.

Por conclusivo, o Ministério da Saúde deverá rever as suas normas à luz da legislação aqui mencionada, editando Portaria com a função de regulamentar o planejamento da saúde federal, estadual e municipal – institucionalizando assim o Sistema de Planejamento do SUS, um dos pontos de pactuação no âmbito do Pacto da Saúde – o qual deverá ser ascendente, sem olvidar os prazos para o cumprimento das etapas referentes ao planejamento, orçamento e suas diretrizes. Os prazos para a elaboração dos planos de saúde, das programações anuais e respectivos relatórios devem guardar consonância com os abaixo.

PPA – o Poder Executivo deve elaborá-lo até o dia 30 de agosto do primeiro ano de governo, cabendo ao Poder Legislativo a sua aprovação até o dia 15 de dezembro do mesmo ano. (PPA – Plano Plurianual).

LDO – deve ser apresentada, anualmente, pelo Governo, até o dia 30 de abril.

LOA – deve ser apresentada, anualmente, pelo Executivo Federal ao Legislativo, até o dia 30 de agosto; estados e municípios devem fazê-lo até 30 de setembro.

Isso significa que os prazos e as decisões das Conferências e Conselhos devem guardar compatibilidade como os prazos acima, sob pena de os planos de saúde e as programações anuais não fazerem parte do PPA, da LDO e da LOA, sendo, portanto, inócuos.

## Apontamento das inadequações das normas do SUS referentes ao planejamento, à luz da legislação constitucional e legal

Foram analisadas as seguintes portarias do Ministério da Saúde:

1. Portaria nº 1.097/2006 – Define que a PPI da Assistência à Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2. Portaria nº 399/2006 – Divulga o Pacto pela Saúde 2006.
3. Portaria nº 699/2006 – Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.
4. Portaria nº 393/2001 – Dispõe sobre a Agenda Nacional da Saúde 2001.
5. Portaria nº 548/2001 – Dispõe sobre Orientações para a elaboração da Agenda Nacional da Saúde 2001.

Além dessas portarias, foi analisado o Decreto nº 1.651, de 28/9/95 – Dispõe sobre o Sistema Nacional de Auditoria.

Preliminarmente, destacamos que a Portaria 393/2001 dispõe sobre a Agenda da Saúde para o ano de 2001, tendo, portanto, perdido o seu efeito, por ser uma portaria temporal. Desse modo, fica prejudicada a sua análise por não mais produzir efeitos no mundo jurídico.

Por outro lado, a Portaria 548, de 12 de abril de 2001, por suas inadequações, a maior delas por não manter compatibilidade com a Lei n. 8.080/90, em especial o art. 36, o qual dispõe sobre o plano de saúde e o toma como a base de todas as atividades e programações do SUS e o art. 4º da Lei n. 8.142/90, que estabelece como instrumentos de gestão do SUS o fundo de saúde, o conselho de saúde, o plano de saúde e o relatório de gestão. A Portaria 548 cria novos instrumentos de gestão, dentre eles, a Agenda da Saúde que não tem previsão legal.

Desse modo, recomenda-se que o Ministério da Saúde revogue a Portaria 548/2001.

As demais Portarias e o Decreto acima identificado foram analisados apenas no tocante ao tema “planejamento”, e os comentários (sublinhados) foram colocados logo abaixo do texto analisado, constante do item **Análise das Portarias Ministeriais e do Decreto nº 1.651/95**, página 133.

## Proposta final de adequação da legislação

Propõe-se, finalmente, seja elaborada portaria ministerial apenas com normas gerais, as quais configurem diretrizes nacionais que orientem o planejamento municipal, estadual e federal, com a regulamentação geral do PlanejaSUS que, na condição de sistema, devem observar as especificidades locais, regionais, estaduais e nacional.

Por outro lado, faz-se necessário, no âmbito da cooperação técnica e financeira cabível à União na área da saúde, que o Ministério da Saúde oriente os órgãos de planejamento dos entes federados quanto à absoluta e imprescindível necessidade de se observar, na elaboração dos instrumentos básicos do PlanejaSUS, a legislação constitucional e legal, sob pena de tudo o mais ser invalidado se não estiver conforme aos ditames do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária (LOA) e demais normas, como a Lei Complementar 101, Lei 4.320.

Do ponto de vista financeiro, seria oportuno que a União auxiliasse os Estados e Municípios a estruturarem, organizarem, reorganizarem, conforme as especificidades de cada um, seus órgãos ou serviços de planejamento da saúde, a fim de possibilitar um incremento destas atividades e, por conseguinte, o efetivo funcionamento do PlanejaSUS.

Reuniões, encontros, oficinas anuais, sob a coordenação da União, podem ser elementos favoráveis à organização desse Sistema. O MS deve ter papel de fomento dessas atividades.

Também nunca se poderá perder de vista que a Lei 8.080/90, em seu art. 36, preconiza que:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1990a).

Nesse ponto, a participação da comunidade se faz presente, através dos conselhos de saúde.

E sendo os planos de saúde, conforme determina o § 1º do art. 36, “a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a), o seu financiamento deverá estar previsto no orçamento do ente federativo, sob pena de inoquidade do plano.

Por outro lado, ainda, o art. 37 da mesma lei dispõe que “o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa” (BRASIL, 1990a). Isso significa que as diretrizes para a feitura dos planos de saúde devem ser editadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

## Conclusões

Por conclusivo temos que:

1. o planejamento da saúde é ascendente, devendo o planejamento nacional prever, em especial por intermédio do Plano Nacional de Saúde, as metas gerais, consolidadas, consagradas nos planos municipais e estaduais, para poder refletir as necessidades locais e regionais da saúde;
2. o processo de planejamento da saúde deverá observar os prazos dos PPA, LDO e LOA e ser com eles compatíveis; deverá, ainda, observar as regras constitucionais e legais;
3. a conferência da saúde deverá ser convocada dentro dos prazos previstos para a elaboração do PPA nacional, estadual e municipal para que se aproveitem as suas conclusões nos planos de saúde, os quais deverão ser compatíveis com os respectivos PPAs;
4. no processo de planejamento da saúde deve-se incluir a participação dos conselhos de saúde, os quais têm o papel de discutir a política de saúde;
5. os planos de saúde devem ser elaborados pelas Secretarias e Ministério, cuja coordenação do processo cabe às respectivas áreas de planejamento – e onde não existirem, por uma equipe especialmente designada para tal –, e posteriormente encaminhados aos conselhos de saúde para discussão e aprovação;
6. o plano de saúde é a base de todas as atividades e programações da saúde na União, nos Estados e nos Municípios. As PPIs e outras programações específicas devem ser formuladas na conformidade dos objetivos, diretrizes e metas definidas no plano de saúde, uma vez que o integra. A programação anual em saúde é o instrumento da respectiva esfera de governo que operacionaliza o plano e que reúne, de forma agregada, as programações específicas – como as PPIs e outras – das áreas técnicas e órgãos das Secretarias de Saúde e do MS. Assim, a Programação Anual, as PPIs ou qualquer outra programação não podem ser um instrumento de gestão independente do plano ou mais importante que o plano ou que minimize o plano;
7. a avaliação do plano deve estar expressa no relatório de gestão -- que pode ser desdobrado em partes – por ser ele o único instrumento que analisa a execução do plano, nos termos da lei. O plano de saúde, como o PPA, é plurianual e deve ser avaliado, findo o seu período de vigência; os relatórios anuais de gestão são insumos importantes para a avaliação; o Pacto pela Saúde estabelece relatório anual de gestão. O relatório de gestão, o qual contém a avaliação do plano, é o espelho do plano, demonstrando como ele foi executado.
8. o Ministério da Saúde somente poderá dispor sobre normas gerais para Estados e Municípios; normas estas de cunho uniformizadores, de princípios, diretrizes, bases, cabendo a cada ente da federação elaborar a regra mais detalhada.

Assim, pela sistemática aqui adotada, as portarias sob análise estão no item Análise das Portarias Ministeriais e do Decreto nº 1.651/95, página 133, e com os comentários julgados pertinentes em seguida ao texto apreciado.

## Portarias do MS sobre planejamento do SUS e o Decreto nº 1.651/95

### Portaria nº 1.097/2006

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III.A.5 – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 – Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes); e

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

a) Etapa Preliminar de Programação;

b) Programação Municipal;

c) Pactuação Regional; e

d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

- I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;
- II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;
- III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e
- IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art. 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

- I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e
- II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art. 10. Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico [ppiassistencial@saude.gov.br](mailto:ppiassistencial@saude.gov.br), até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11. Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12. Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Art. 13. Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 15. Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

*José Agenor Álvares da Silva*

### Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006, R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Agenor Álvares da Silva*

### **Anexo 1 da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.**

#### **Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS**

#### **4. Planejamento no SUS**

##### **4.1. O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes**

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

#### 4.2. Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

#### 4.3. Pontos de pactuação priorizados para o planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com

adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

#### Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

### Responsabilidades no planejamento e programação

#### Municípios

Todo município deve:

- formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas

e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

- formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

## Estados

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

#### Distrito Federal

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

#### União

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

## Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006

Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção

Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde/PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

Art. 3º O Termo de Cooperação entre entes públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre entes públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre entes públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do município, do estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, e será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, conforme disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no §1º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde;

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V), quando couber; a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal (Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art.10. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;

II - Encaminhamento para a CIB;

III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;

III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12. Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e

II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13. Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela Noas SUS 01/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

II - Os processos de habilitação de municípios conforme a Noas SUS 01/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;

III - Os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação desta portaria;

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14. O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

II - Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo Único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão

e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 Fica revogada a Portaria nº 1734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de 2004, seção 1, página 34.

*Saraiva Felipe*

**Anexo I da Portaria Nº 699, de 30 de março de 2006.**

**Termo de compromisso de gestão municipal**

**3. Responsabilidade no planejamento e programação**

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar	Não se aplica
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.4 Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes;				
e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar	Não se aplica
3.5 Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;				
3.6 Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.				

## Anexo II da Portaria Nº 699, de 30 de março de 2006.

### Termo de compromisso de gestão municipal

#### 3. Responsabilidade no planejamento e programação

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde,			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;			

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;			
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.			

### Anexo III da Portaria Nº 699, de 30 de março de 2006.

#### Termo de compromisso de gestão do Distrito Federal

##### 3. Responsabilidade no planejamento e programação

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:			
a) o plano estadual de saúde e			
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;			
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;			
a) Elaborar relatório de gestão anual,			
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;			
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;			
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:			
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – Sinan,			

	Realiza	Não realiza ainda	Prazo para realizar
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI,			
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc,			
d) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA,			
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – Cnes;			
e quando couber, os sistemas:			
f) Sistema de Informação Hospitalar – SIH			
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;			
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;			
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;			

### Anexo IV da Portaria Nº 699, de 30 de março de 2006.

#### *Termo de compromisso de gestão federal*

##### 3. Responsabilidades no planejamento e programação

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – Funasa;

3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

## Portaria nº 393, de 29 de março de 2001

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de reformulação e aprimoramento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde;

Considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde dos Eixos Prioritários de Intervenção para o ano de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar, nos termos do Anexo I, a Agenda Nacional de Saúde para o Ano de 2001.

Art. 2º Para fins de elaboração das respectivas agendas relativas ao ano de 2001, os Estados e Municípios deverão seguir o modelo da Agenda Nacional, nos moldes do Anexo II, adequando-a às características epidemiológicas e especificidades locais.

Art. 3º A Agenda Nacional de Saúde estabelece os seguintes Eixos Prioritários de Intervenção para 2001.

- a) Redução da mortalidade infantil e materna;
- b) Controle de doenças e agravos prioritários;
- c) Reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- d) Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;
- e) Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde;
- f) Qualificação do controle social.

Art. 4º Os Estados e o Distrito Federal terão 30 dias, após a publicação desta Portaria, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos conselhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art. 5º Após aprovação pelos Conselhos Estaduais de Saúde, as agendas estaduais deverão ser publicadas e amplamente divulgadas, para que possam subsidiar a elaboração das agendas municipais correspondentes.

Art. 6º Os municípios terão 30 dias, após a publicação das correspondentes agendas estaduais, para elaborarem suas agendas em conjunto com os respectivos conselhos de saúde, devendo ser apreciadas pelas plenárias dos conselhos em sessão especialmente convocada para este fim.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

*José Serra*

## Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições legais, e

considerando as disposições dos artigos 15 e 36 da Lei 8080/90; do artigo 4º. da Lei 8142/90; do Decreto 1232/94; do Decreto 1651/95; da NOB SUS 01/96;

considerando a importância de orientar os gestores municipais e estaduais quanto ao processo de elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos na legislação do SUS;

e considerando a necessidade da padronização das informações para a comparabilidade e compatibilidade dos Planos de Saúde nos três níveis de direção do SUS, RESOLVE:

Art. 1º Aprovar, o documento “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”, parte integrante desta portaria.

Art. 2º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

*Barjas Negri*

## Anexo da Portaria Nº 548, de 12 de abril de 2001.

### 1. Introdução

O atual momento de consolidação do Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001 – aponta a regionalização como estratégia fundamental para o incremento da equidade, da integralidade e da resolubilidade da assistência, por meio da organização de sistemas de saúde funcionais englobando todos os níveis de atenção. A referida Norma define as responsabilidades de cada nível de governo na gestão do SUS e ressalta a importância da articulação permanente entre os diversos gestores como um dos principais elementos para a melhoria do desempenho do sistema. Outros dispositivos normativos importantes para a política de saúde, recentemente publicados, como a Emenda Constitucional 29 e a Lei de Responsabilidade Fiscal, apresentam simultaneamente oportunidades e desafios significativos para as três esferas de governo.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação dos desafios. O aprimo-

ramento da qualidade e o monitoramento contínuo do desempenho dos gestores é de grande relevância neste contexto. É preciso desenvolver rotinas de monitoramento e de avaliação de desempenho das atividades previstas na PPI e nos planos de saúde. Dessa forma, pode-se obter um diagnóstico analítico para desenvolver estratégias e iniciativas de tomada de decisões, fortalecendo as capacidades de planejamento e de organização de sistemas estaduais, regionais e municipais – sem perder de vista a desejável flexibilidade e o incentivo à criatividade na gestão do sistema.

As orientações aqui contidas têm por finalidade auxiliar os gestores, os técnicos e os conselheiros do SUS na compreensão de instrumentos de gestão racionalizadores do processo de planejamento em saúde nas três esferas gestoras. As Agendas e os Planos de Saúde, os Quadros de Metas e os Relatórios de Gestão são balizados por princípios como:

(a) Normatização: visa a comparabilidade das informações em planos nacional, estaduais e municipais, sem provocar constrangimento da criatividade dos gestores na formatação e prestação de outras informações consideradas relevantes .

(b) Objetividade: a tendência ao formalismo, ao ritualismo e ao cartorialismo cede lugar à objetividade e à praticidade de novos instrumentos efetivos de planejamento, de programação e de prestação de contas, afastando qualquer duplicidade em benefício da simplificação, da clareza, da responsabilização e da transparência das informações e da disseminação das mesmas.

(c) Sintonia com o Plano Plurianual para o quadriênio 2000-2003: os novos instrumentos de planejamento, de programação e de prestação de contas e seus conteúdos estão sintonizados com as metas mais gerais do Governo Brasileiro, traduzidas e difundidas amplamente através do Plano Plurianual 2000-2003 – PPA.

(d) Definição de Indicadores de Saúde: procura estar adequada às diferentes realidades políticas, institucionais e epidemiológicas do País. Os Indicadores podem ser revistos a cada período de tempo, nos moldes hoje vigentes, por exemplo, no Pacto da Atenção Básica.

(e) Alcance e Adequação aos Sistemas de Informação em Saúde: os instrumentos aqui propostos contemplam aspectos que ultrapassam a assistência médica hospitalar e ambulatorial, alcançando os campos da saúde coletiva, das vigilâncias sanitária e epidemiológica, da inter-setorialidade, do controle social, da capacitação, da produção de insumos, da produção científica, etc.. Tais instrumentos estão também ajustados às lógicas dos sistemas de informação em saúde em operação (Siab; SIM; Sinasc; Sinan etc.), bem como de outros projetos em curso, como Siops e Cartão SUS.

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão aqui descritos apresenta alguns aspectos que devem ser ressaltados:

(a) Articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade. Ou seja, definição de prioridades (agenda) como subsídios para os planos de saúde e para as programações, com o destaque de um conjunto de metas adaptadas às circunstâncias locais e regionais, que servirão de base à

prestação de contas (quadro de metas e relatório de gestão) e à retroalimentação do processo de planejamento.

(b) Vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada de nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais.

(c) Definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo.

(d) Circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores.

(e) Ênfase em uma abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores.

(f) Padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma.

## 2. Visão geral do processo

O quadro a seguir permite uma visão panorâmica preliminar dos referidos instrumentos, em termos de sua descrição, sistemas de fluxos e processo de elaboração.

Instrumento	Descrição	Fluxos	Referências
1. Agenda	Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde.	Descendente: gestores federal -> estaduais -> municipais e correspondentes conselhos e comissões intergestores.	Subsídios políticos e Epidemiológicos
2. Plano de Saúde	Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões.	Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões	Metas e intenções da gestão.
3. Quadro de Metas	Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão.	Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores	Resumo do Plano, destacando metas da agenda.
4. Relatório de Gestão	Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos.	Ascendente: gestores municipais-> estaduais -> federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores	Tópicos do Quadro de Metas demonstrados e justificados.

O sistema de fluxos caracteriza-se por sua natureza sucessivamente descendente e ascendente, com a contínua interlocução com os correspondentes conselhos de saúde e comissões intergestores:

(a) No fluxo descendente, o Ministério da Saúde dá início ao processo, estabelecendo eixos prioritários de intervenção, objetivos e indicadores em uma Agenda Na-

cional de Saúde. Essa Agenda, em cada nível de gestão, vai sendo adequada, através de ampliações ou reduções em seus conteúdos, observando-se as especificidades locais.

(b) Como início do fluxo ascendente, são formulados, em cada esfera de gestão (sucessivamente municípios, estados e União), os Planos de Saúde, dos quais se destacam os Quadros de Metas inspirados na Agenda de Saúde. Os Quadros de Metas, por sua vez, transformam-se no referencial que orientará a elaboração do Relatório de Gestão .

Assim, o processo de elaboração das Agendas, dos Planos e dos Relatórios de Gestão deverá ser, por natureza, integrado entre as três esferas de governo e aprovado pelas instâncias de controle social de cada nível.

### 3. Detalhamento dos instrumentos

#### 3.1 Agenda de Saúde

As Agendas de Saúde – nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual. São resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores.

A elaboração das Agendas de Saúde constitui a etapa inicial do processo. Elas são compostas pelo conjunto de eixos, justificados e detalhados em objetivos para cada esfera de governo. A Agenda de Saúde é uma espécie de «embrião» dos Planos de Saúde e de suas revisões anuais e, por consequência, dos Quadros de Metas e dos Relatórios de Gestão correspondentes.

As Agendas de Saúde, ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, comporão um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a homologação do Conselho de Saúde correspondente. O processo de construção da Agenda tem, assim, um percurso sucessivamente federal, estadual e municipal.

A periodicidade de elaboração da Agenda é anual. Constituem elementos típicos para a elaboração da Agenda as diversas referências políticas (planos de governo, pactos, deliberações dos Conselhos, etc.), técnicas e epidemiológicas.

#### 3.2 Planos de Saúde

Os Planos de Saúde – nacional, estaduais e municipais – são as bases das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS. Portanto, devem corresponder ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo, sendo revistos a cada ano em função das Agendas de Saúde e da PPI.

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas, vistos sob uma ótica analítica. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS. Aos conselhos é recomendado promover debates para esclarecimento e para determinar alterações, se julgarem necessário.

Dessa forma, o Plano de Saúde (PS) consolida, em cada esfera, o processo de planejamento em saúde para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto das programações em saúde. O processo por ele desencadeado tem trajetória “ascendente”: esfera municipal » estadual » federal.

A periodicidade de elaboração deste instrumento é quadrienal. Contudo, ele deve ser revisto anualmente em função de novas metas de gestão e de atenção eventualmente incorporadas, bem como em decorrência do processo de programação pactuada e integrada, que é anual. (ver Quadro de Metas).

De acordo com a Lei 8080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais.

Assim, as ações previstas nos planos de saúde (e em suas revisões anuais) devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde. Diante do conteúdo da Emenda Constitucional 29, essa vinculação torna-se ainda mais imperiosa para que se possa dar efetividade e continuidade à política de saúde.

Os elementos típicos para a elaboração do Plano de Saúde são os mesmos citados em relação à Agenda de Saúde.

### 3.3 Quadro de Metas

Os Quadros de Metas – nacional, estaduais e municipais – são partes integrantes dos Planos de Saúde que servirão de base para elaboração dos relatórios de gestão. Deverão conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo em cada exercício anual.

Os Quadros de Metas (QM) constituirão a base («espelho») para elaboração dos Relatórios de Gestão em cada esfera de governo. Os QM, parte «destacável» e sintética dos Planos de Saúde, serão analisados e consolidados pela esfera seguinte (SES ou MS) na lógica ascendente que parte dos municípios. Os conselhos de saúde e as comissões intergestores (CIB e CIT) poderão, no que lhes couber, determinar ou pactuar alterações nos QM.

Da mesma forma que os Planos de Saúde, os Quadros de Metas terão construção tipicamente ascendente (municípios » estados » MS) mediante um processo de consolidação e revisão crítica. A totalidade daí decorrente, não mais uma simples «soma das partes», passa a ter estatuto de compromisso entre esferas, e não de uma formulação abstrata ou ritual, que não reflete a realidade.

Dado que sua formulação é anual, os Quadros de Metas podem representar um detalhamento ou uma redefinição mais ágil das metas estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais.

O elemento típico do QM é a síntese das metas e da programação em saúde propriamente dita.

### 3.4 Relatórios de Gestão

Os Relatórios de Gestão – nacional, estaduais e municipais – deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos Gestores e submetidos aos Conselhos de Saúde.

O Relatório de Gestão (RG) destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. O RG proporciona ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde e, conseqüentemente, dos Planos de Saúde subsequentes.

O RG é elaborado a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas. Sua elaboração compete ao respectivo gestor do SUS, mas deve ser obrigatoriamente referendado pelos conselhos e comissões intergestores.

Assim como os quadros de metas, sua formulação é anual. O processo desencadeado pela elaboração e acompanhamento dos RG tem trajetória «ascendente», da esfera municipal para a estadual e a seguir para a federal.

Os elementos típicos do RG são: o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da programação em saúde explicitadas no QM, bem como da aplicação dos recursos financeiros. O acompanhamento orçamentário-financeiro será realizado por meio das planilhas e indicadores disponibilizados pelo SIOPS.

## 4. Operacionalização

### 4.1 Esfera Federal

#### a) Agenda Nacional de Saúde

A preparação da Agenda Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde desencadeia o processo de aplicação dos instrumentos de gestão nos três níveis do sistema de saúde. A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são: (a) Os planos de Governo para a saúde e área social, constantes do PPA; (b) os acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário; (c) os pactos firmados entre gestores; (d) planos de saúde e relatórios de gestão pré-existent; (d) informações institucionais e epidemiológicas; (e) decisões oficiais do Conselho Nacional de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (f) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade nacional.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao Mi-

nistério da Saúde. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CNS, realiza-se a divulgação ampla do documento à sociedade e, particularmente, aos gestores estaduais, para os quais servirá de base para a elaboração das respectivas agendas de saúde.

A Agenda Nacional de Saúde deverá ser elaborada e devidamente homologada pelo Conselho Nacional de Saúde até o mês de março de cada ano. Ela é a base para a elaboração (quadrienal) e revisão (anual) do Plano Nacional de Saúde do ano subsequente e das agendas de saúde estaduais e municipais.

b) Plano Nacional de Saúde (PNS)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento constituem competência exclusiva do Ministério da Saúde, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as mesmas utilizadas na elaboração da Agenda Nacional de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o ao Ministério da Saúde. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, aprovado pelo CNS como parte integrante do Plano.

A formulação e o encaminhamento do PNS ao Conselho Nacional de Saúde deverão ocorrer até o mês de julho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões também até o mês de julho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano e com a incorporação da seção referente às informações orçamentário-financeiras.

c) Quadro de Metas (QM)

Considerando que o Quadro de Metas é parte integrante do Plano Nacional de Saúde, as etapas de formulação correspondem àquelas descritas para o PNS.

O QM será elaborado anualmente, quer em decorrência da elaboração quadrienal ou da revisão anual do plano de saúde.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Nacional de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei.

O prazo para formulação do RG e encaminhamento ao CNS é o mês de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

## 4.2 Esfera Estadual

### a) Agenda Estadual de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar pertinentes. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda Nacional de Saúde; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes de governo para a saúde; (c) tanto o Plano Estadual de Saúde como Relatório de Gestão preexistente, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do Conselho Estadual de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda; (f) outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual. Em seguida deverá ser dada ampla divulgação da AC, de modo a alcançar todos os municípios do Estado. Em etapa imediatamente seguinte, inicia-se a elaboração do Plano Estadual de Saúde – PES.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o mês de abril de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PES.

### b) Plano Estadual de Saúde (PES)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho Estadual de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor estadual.

A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CES como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PES ao Conselho Estadual de Saúde, em primeira instância, como ao Ministério da Saúde, posteriormente, deverão ocorrer até o mês de junho do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de junho de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

### c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e corrigi-lo no ato da análise do Plano Estadual de Saúde, do qual é parte integrante. As referências políticas e

técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na Agenda e no PES.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PES, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Estadual de Saúde e (b) ao Ministério da Saúde.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PES.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor estadual. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Estadual de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esta finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público, submetendo-o ainda à apreciação em Audiências Públicas, conforme determina a lei

Do ponto de vista dos prazos, a formulação e o encaminhamento ao CES deverão ser feitos até o dia 20 (vinte) de fevereiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

#### 4.3 Esfera Municipal

a) Agenda Municipal de Saúde

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as modificações que considerar necessárias.

As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as seguintes: (a) a Agenda de Estadual de Saúde, que por sua vez deriva da Nacional; (b) os documentos disponíveis contendo as diretrizes do governo local para a saúde; (c) tanto o Plano Municipal de Saúde como Relatório de Gestão pré-existentes, mesmo se elaborados em outra administração; (d) informações institucionais e epidemiológicas locais disponíveis; (e) decisões oficiais do Conselho Municipal de Saúde que tenham implicação no conteúdo da Agenda e, além disso, outros documentos técnicos e políticos existentes e pertinentes à realidade local.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para esse fim, e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. Na etapa seguinte, ou seja, após revisão da Agenda em conformidade com as recomendações emanadas do CMS, realiza-se a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS, ver item seguinte).

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação da Agenda como o seu encaminhamento ao CMS deverão ser feitos até o mês de maio de cada ano, para permitir a elaboração (quadrienal) ou revisão (anual) subsequente do PMS.

b) Plano Municipal de Saúde (PMS)

A formulação e o encaminhamento deste documento são de competência exclusiva do Gestor Municipal, cabendo ao Conselho de Saúde apreciá-lo e propor as alterações

que julgar necessárias. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são as utilizadas na elaboração da Agenda de Saúde.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada e recomendará alterações eventuais, reencaminhando-o, após estes procedimentos, ao gestor municipal. A etapa imediatamente seguinte é o destaque do Quadro de Metas, já aprovado pelo CMS como parte integrante do Plano e seu encaminhamento ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, tanto a formulação como o encaminhamento do PMS – ao Conselho Municipal de Saúde, em primeira instância, e ao Gestor Estadual, posteriormente – deverão ocorrer até o mês de maio do primeiro ano do quadriênio de governo, com revisões eventuais também até o mês de maio de cada ano, de acordo com modificações na Agenda de Saúde do mesmo ano.

c) Quadro de Metas (QM)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do gestor municipal, cabendo ao Conselho Municipal de Saúde apreciá-lo e propor as alterações que julgar necessárias no ato da análise do Plano Municipal de Saúde, do qual é parte integrante. As referências políticas e técnicas a serem utilizadas para sua elaboração são, naturalmente, as mesmas utilizadas na AC e no PMS.

O encaminhamento inicial é o mesmo do PMS, do qual o QM é parte integrante, ou seja: (a) ao Conselho Municipal de Saúde e (b) ao Gestor Estadual.

Do ponto de vista dos prazos, obedeça-se ao já disposto para o PMS.

d) Relatório de Gestão (RG)

A formulação e o encaminhamento deste instrumento são de competência exclusiva do Gestor Municipal. A referência a ser utilizada para sua elaboração deve ser basicamente o QM, a partir do qual o RG será elaborado.

O encaminhamento inicial deverá ser feito ao Conselho Municipal de Saúde, que analisará o documento, em sessão especialmente convocada para essa finalidade. Na etapa seguinte, faz-se o encaminhamento posterior ao Gestor Estadual e ao Ministério Público, submetendo-o ainda a Audiências Públicas, conforme determina a lei.

Do ponto de vista dos prazos, sua formulação deve iniciar-se em dezembro e seu encaminhamento ao CES deve ocorrer até 20 (vinte) de janeiro de cada ano, referindo-se ao exercício da gestão no ano anterior (janeiro a dezembro).

## 5. Fluxo de elaboração e aplicação dos instrumentos

O processo de elaboração e aplicação dos instrumentos de gestão aqui apresentados pode ser sistematizado como se segue, tendo como abertura a formulação de cada instrumento, passo a passo:

1. Primeiro momento: elaboração e difusão da Agenda Nacional Saúde

(a) Passo 1: o gestor nacional formula a Agenda Nacional com a participação do CNS.

(b) Passo 2: a Agenda Nacional é difundida aos estados, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades nacionais no que couber.

(c) Passo 3: a Agenda Estadual é difundida aos municípios respectivos, que ao elaborarem suas agendas incorporam as prioridades estaduais no que couber.

(d) Passo 4: os gestores estaduais e municipais elaboram as respectivas agendas, com participação dos conselhos, e promovem sua divulgação.

2. Segundo momento: elaboração e encaminhamento dos Planos de Saúde e dos Quadros de Metas

(a) Passo 1: a partir das prioridades e metas definidas na agenda da esfera respectiva, tendo por base a Agenda Nacional, os gestores elaboram os planos de saúde e correspondentes quadros de metas, com participação dos conselhos.

(b) Passo 2: os quadros de metas são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual e por este, uma vez consolidados, ao Ministério da Saúde.

(c) Passo 3: os gestores federal e estaduais revêem e analisam a coerência dos quadros de metas recebidos, respectivamente, dos estados e dos municípios.

(d) Passo 4: os gestores federal e estaduais consolidam os quadros de metas dos estados e dos municípios.

3. Terceiro momento: elaboração e encaminhamento dos Relatórios de Gestão

(a) Passo 1: a partir dos quadros de metas respectivos, os gestores estaduais e municipais elaboram seus relatórios de gestão.

(b) Passo 2: os relatórios de gestão são encaminhados pelos gestores municipais ao gestor estadual, que os analisa e os consolida.

(c) Passo 3: os relatórios de gestão consolidados são encaminhados pelos gestores estaduais ao Ministério da Saúde.

(d) Passo 4: os relatórios de gestão são encaminhados ao Ministério Público e submetidos a Audiências Públicas, nos termos da lei.

6. Medidas em caso de omissão e inadimplência na formulação e apresentação dos instrumentos de gestão

A formulação e a apresentação das agendas e dos planos de saúde, dos quadros de metas e dos relatórios de gestão constituem tarefa típica e insubstituível dos gestores do SUS, subsidiados pelos conselhos respectivos, dentro de uma dinâmica de auto-responsabilização, de solidariedade, de integração e de pactuação.

O não cumprimento de quaisquer de seus dispositivos implicará, em primeiro lugar, na notificação ao interessado e na oferta de apoio técnico para a solução do problema, através de ações de acompanhamento e da capacitação no que for cabível. Tais medidas constituem obrigação das SES, quando o problema for verificado em qualquer de seus municípios, e do MS, no caso de o não cumprimento partir dos estados.

Casos de omissão reiterada ou não justificada na prestação dos compromissos aqui previstos deverão gerar procedimentos corretivos específicos e eventualmente penalidades previstas em lei, guardando-se, em todos os casos, o direito de defesa, mediante apresentação de recurso, à parte faltosa.

Completados os prazos previstos para apresentação dos instrumentos por parte dos gestores, com tolerância máxima de 30 dias, o Ministério da Saúde ou as secretarias estaduais, no que lhes couber, deverão preparar uma lista das inadimplências verifica-

das e, de imediato, agendar visitas ou outros contatos de esclarecimento, para apurar as causas das omissões.

Será concedido aos inadimplentes novo período para correção das irregularidades, não superior a 30 dias. Desta forma, a lista acima referida deverá estar depurada das situações já resolvidas, deixando registradas apenas as inadimplências persistentes e consideradas passíveis de procedimentos específicos ou penalidades, a serem submetidas à CIB ou à CIT, nos casos respectivos de inadimplências municipais ou estaduais, para homologação das medidas cabíveis.

## 7. Referências Normativas e Técnicas

<b>PLANOS DE SAÚDE</b>	
<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>EMENTA</b>
Lei 8080; art. 15	Estabelece, como atribuição comum à União, estados e municípios a elaboração e a atualização periódica do plano de saúde, de conformidade com o qual deve ser elaborada a proposta orçamentária
Lei 8080; art. 36; parágrafos 1º. e 2º.	Define o processo de planejamento do SUS como ascendente, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades com a s disponibilidades de recursos em Planos de Saúde das três esferas de governo; os Planos serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS; vedadas transferência de recursos para ações não previstas em Planos de Saúde.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1232/94	Estabelece como conteúdo dos Planos de Saúde a definição de percentuais orçamentários para financiamento das atividades e programas de saúde em cada esfera de governo
Decreto 1651/95 (S. N. Auditoria)	Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.
NOB SUS 01/96	Define que PS e RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB. Define como conteúdos para PS: «estratégias, prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo da integração das programações dos sistemas municipais», em um processo de planejamento articulado e interdependente.
<b>RELATÓRIOS DE GESTÃO</b>	
Lei 8080; art. 33, parágrafo 4º.	Estabelece a necessidade de acompanhamento, da conformidade à programação aprovada, dos recursos repassados a estados e municípios.
Lei 8142; art. 4º.	Estabelece a necessidade de Planos de Saúde e Relatórios de Gestão para recebimento de recursos transferidos.
Decreto 1651/95 (Sistema Nacional Auditoria).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define que a análise de Planos de Saúde, programações e Relatório de Gestão permitirá o cumprimento das atividades do SNA.</li> <li>• Explicita que o RG é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e da eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS.</li> <li>• Define o conteúdo dos RG: (a) programação e execução física e financeira de atividades; (b) comprovação de resultados alcançados referentes aos Planos de Saúde; (c) demonstração quantitativa da aplicação de recursos financeiros próprios e transferidos.</li> </ul>
NOB SUS 01/96	Define que RG, devidamente aprovados nos Conselhos de Saúde, integram o conjunto de requisitos a serem cumpridos por estados e municípios para habilitação às condições de gestão previstas na NOB.
<b>AGENDA DE SAÚDE</b>	

<b>PLANOS DE SAÚDE</b>	
<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>EMENTA</b>
Portaria MS 393/2001	As Agendas de Saúde – Nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários, objetivos, e indicadores da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual e são resultantes de negociação e consenso entre Órgãos Gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores
<b>PLANO PLURIANUAL (PPA)</b>	
Lei 9989/2000	Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2000/2003, elaborado a partir das diretrizes estratégicas do Governo Federal: (a) consolidar a estabilidade econômica; (b) promover o desenvolvimento e o crescimento sustentado; (c) consolidar a democracia e a defesa dos direitos humanos; (d) reduzir as desigualdades inter-regionais.
<b>EPIDEMIOLOGIA</b>	
PORTARIA nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999MS/Funasa: Programação Pactuada e Integrada – Epidemiologia e Controle de Doenças.	Regulamenta que as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD.

## Decreto Nº 1651, de 28 de setembro de 1995

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

### DECRETA

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

e) de indicadores de morbimortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

- h) do desempenho da rede de serviços de saúde;
  - i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
  - j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
  - l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;
- II - à verificação:
- a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,
  - b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;
- III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei n 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

- I - no plano federal
  - a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto n° 1.232, de 30 de agosto de 1994;
  - b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;
  - c) os serviços de saúde sob sua gestão;
  - d) os sistemas estaduais de saúde;
  - e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;
- II - no plano estadual

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
  - b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
  - c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
  - d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
  - e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;
- III - no plano municipal:
- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
  - b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;
  - c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

- I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;
- II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;
- III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;
- IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;
- V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omissa ou sem condições de executá-las.

§ 2º Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

- I - para o Ministério da Saúde, mediante:
  - a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênera, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;
  - b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;
- II - para o Tribunal de Contas, a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corregedoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

*Fernando Henrique Cardoso*  
*Adib Jatene*

## **Análise das Portarias Ministeriais e do Decreto nº 1.651/95**

### **Análise da Portaria nº 548, de 12 de abril de 2001**

Deixa-se de comentar a Portaria nº 548, de 2001, por julgar que a mesma deve ser inteiramente revogada, uma vez que o seu conteúdo não guarda nenhuma relação com as novas regras do planejamento da saúde, além de criar instrumentos, como a Agenda da Saúde, que confronta com o Plano de Saúde, previsto na Lei nº 8.080/90.

### **Análise da Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006**

Essa Portaria trata do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde. Preliminarmente, convém ressaltar que deveria ser esclarecido na Portaria que a PPI é um instrumento que operacionaliza, anualmente, o plano de saúde no que concerne à assistência à saúde.

Os comentários seguem abaixo do texto, sublinhados.

### **Análise da Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006**

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de assistência à saúde, com equidade;

Considerando o Inciso XI do art. 7º do capítulo II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece como um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população”;

Considerando o art. 36, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que o “processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”;

Considerando a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que altera os arts 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo

ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde;

Considerando o disposto nas Diretrizes Operacionais do Pacto Pela Saúde, aprovadas pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, em especial seu item III. A.5 – Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde e item III. B. 3 – Responsabilidades no Planejamento e Programação;

Considerando o financiamento tripartite para as ações e os serviços de saúde, conforme o disposto na Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006;

Considerando os parâmetros para a programação de ações de assistência à saúde a serem publicados pelo Ministério da Saúde em portaria específica;

Considerando a necessidade de acompanhamento dos Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de redefinição dos mecanismos de envio das atualizações das programações e dos respectivos limites financeiros de média e alta complexidade pelos Estados; e

Considerando a reformulação da Programação Pactuada e Integrada aprovada na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 27 de abril de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

Art. 2º Definir que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde se oriente pelo Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

1. Comentários: aqui deveria se esclarecer que se trata de Manual de diretrizes para o plano de saúde e seu detalhamento, no qual inclui a PPI, divulgado pelo Ministério, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Art. 3º Os objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde são:

I - buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;

II - orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;

III - definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;

IV - possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;

V - fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;

VI - contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e

VII - possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria.

§ 1º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, de que trata o inciso VII deste artigo, é o documento que, com base no processo de Programação Pactuada e Integrada, deve conter as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores para atendimento da população residente em outros municípios.

§ 2º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso entre municípios de uma mesma Unidade Federada deve ser aprovado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 3º O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso interestadual deve ser aprovado nas Comissões Intergestores Bipartite dos Estados envolvidos.

Art. 4º Os pressupostos gerais que deverão nortear a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência são os seguintes:

I - integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;

II - orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;

III - ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada; e

IV - estar em consonância com o processo de construção da regionalização.

Art. 5º Os eixos orientadores do processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência são os seguintes:

I - Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;

II - Conformação das Aberturas Programáticas:

a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;

b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;

c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes); e

d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;

III - Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:

a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;

b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;

IV - Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;

V - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e

VI - Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

a) Etapa Preliminar de Programação;

b) Programação Municipal;

c) Pactuação Regional; e

d) Consolidação da PPI Estadual.

§ 1º Estabelecer que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos Estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização.

§ 2º Estabelecer que a programação de Estados, de municípios e do Distrito Federal esteja refletida na programação dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão.

§ 3º Dar flexibilidade aos gestores estaduais e municipais na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

Art 6º A programação nas regiões de fronteiras internacionais deve respeitar o Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras (SIS Fronteiras), instituído pela Portaria nº 1.120/GM, de 6 de julho de 2005.

Art 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada seja realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revista periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. Estabelecer que no início da gestão municipal seja efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde.

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.

§ 1º As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal podem dispor de instrumentos próprios de programação, respeitando os padrões estabelecidos por esta Portaria.

§ 2º Os incisos III e IV deste artigo podem ser substituídos pelo envio da base do sistema informatizado do Ministério da Saúde, para os Estados que optarem pela sua utilização.

Art 9º Determinar que alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito

Federal, decorrentes de revisões na PPI, sejam aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde, e do Distrito Federal mediante ofício, devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB, acompanhado da seguinte documentação:

I - cópia da Resolução da CIB que altera o(s) limite(s) financeiro(s), justificando e explicitando os valores anuais do Estado e dos Municípios envolvidos; e

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade conforme o Anexo II a esta Portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB.

Art 10. Os documentos discriminados nos incisos dos artigos 8º e 9º desta Portaria deverão ser postados à Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC)

Parágrafo único. Os quadros referentes ao Anexo II a esta Portaria também deverão ser encaminhados em meio magnético à Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, por meio do endereço eletrônico [ppiassistencial@saude.gov.br](mailto:ppiassistencial@saude.gov.br), até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro MAC.

Art. 11. Definir com competência da Secretaria de Atenção à Saúde, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, a conferência e a validação da documentação encaminhada pelos Estados e o Distrito Federal, bem como a devida orientação às Secretarias Estaduais quanto ao seu correto preenchimento.

Art. 12. Estabelecer que as alterações de limites financeiros, cumpridos os trâmites e prazos estabelecidos nesta Portaria, entrem em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação pela CIB, por intermédio de portaria da Secretaria de Atenção à Saúde.

§ 1º Quando ocorrerem erros no preenchimento da documentação, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas deverá comunicar à CIB, viabilizando um prazo para regularização pela SES, não superior a cinco dias úteis, objetivando que a vigência da publicação não seja prejudicada.

§ 2º Não serão realizadas alterações de limites financeiros, com efeitos retroativos em relação ao prazo estabelecido no artigo 10, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados.

§ 3º Os casos excepcionais deverão ser enviados à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com as devidas justificativas pela CIB Estadual e estarão condicionados à aprovação do Secretário de Atenção à Saúde, para posterior processamento pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

§ 4º As mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, adotadas por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões

Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS, serão de exclusiva responsabilidade do gestor do SUS que as adotar.

§ 5º Nas situações em que não houver acordo na Comissão Intergestores Bipartite, vale o disposto no regulamento do Pacto de Gestão, publicado pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006.

Art 13. Determinar que à Secretaria de Atenção à Saúde/MS adote as medidas necessárias à publicação de portaria com Parâmetros para Programação de Ações de Assistência à Saúde.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação

Art. 15. Fica revogada a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 107, de 6 de junho de 2002, página 39, Seção 1, e a Portaria nº 04/SAS/MS, de 6 de janeiro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 5-E, de 7 de janeiro de 2000, página 20, Seção 1.

*José Agenor Álvares da Silva*

### **Análise da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**

Essa Portaria trata do planejamento da saúde, dispondo sobre a sua organização, eixos, lógica e cuidando do financiamento.

Os comentários seguem no próprio corpo da Portaria, sublinhados.

### **Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006, R E S O L V E:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

*José Agenor Álvares da Silva*

## Anexo da Portaria N° 399/2006

### 4. Planejamento no SUS

#### 4.1 O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

- O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

1. Comentários: nesse tópico, vê-se a inclusão no planejamento do “monitoramento e da avaliação”, ações que não são típicas do planejamento, uma vez que se inserem no controle e avaliação do plano de saúde, ainda que, obviamente, sejam instrumentos para o planejamento. Se a pretensão de incluir essas ações nesse texto é a que esse monitoramento e essa avaliação irão orientar o processo de planejamento, tudo bem; mas, se se trata de avaliação e monitoramento próprios da Auditoria e incluídos no planejamento, haveria necessidade de ser melhor explicitado o papel de cada um, para não confundirem as ações.

- Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais.

- Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

- No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

#### 4.2 Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
  - Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
  - Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
  - Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;
  - Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;
  - Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
  - Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;
  - Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

#### 4.3 Pontos de pactuação priorizados para o planejamento

- Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:
  - doação das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
  - Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
  - Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
  - Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;
  - Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

2. Comentários: a PPI tem que vir vinculada ao plano de saúde e não apartado dela – ela só tem valor se for um detalhamento do plano e não uma peça separa-

da. Habitualmente, não se faz a necessária ligação entre o plano de saúde e a PPI, valorizando-se a PPI em detrimento do plano de saúde que é a sua origem.

### Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

- A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;
- Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente;
- A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

### Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

- Regulação da Atenção à Saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

- Contratação – o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
- Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial – conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- Complexos Reguladores – uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.
- Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

- Cada prestador responde apenas a um gestor;
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:
  - da descentralização, municipalização e comando único;
  - da busca da escala adequada e da qualidade;
  - considerar a complexidade da rede de serviços locais;
  - considerar a efetiva capacidade de regulação;
  - considerar o desenho da rede estadual da assistência;
  - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;
  - A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
    - Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
    - Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
    - Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;
  - Modelos que diferem do item ‘d’ acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

- São metas para este Pacto, no prazo de um ano:
  - Contratualização de todos os prestadores de serviço;
  - Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
  - Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

### **Análise da Portaria nº 699, de 30 de março de 2006**

Comentários: os instrumentos de gestão do SUS – fundo, planejamento, relatórios, controle, avaliação, conselhos – são obrigatórios para todos os municípios. O que se pode permitir e se deve fazê-lo é simplificar e colaborar com os municípios de menor porte no tocante as ações de planejamento, as quais devem ser extremamente simplificadas, compatibilizando-se as suas responsabilidades com a execução de serviços de saúde com as de planejamento. Se são serviços de atenção básica, o planejamento deve ser o mais singelo possível e suas estruturas, idem. Poder-se-ia minimizar para esses municípios todo o sistema de planejamento. Mas nenhum município, por menor que seja, poderá deixar de observar as determinações legais. Deve-se simplificar o modo como irá fazê-lo. E isso deve ser feito, sob pena de se inviabilizar a gestão desses municípios.

### **Análise do Decreto nº 1.651, de 28/09/1995 – Sistema Nacional de Auditoria**

A análise desse Decreto – que faço por solicitação da CGPL – uma vez que não é objeto do presente estudo por se tratar do Sistema Nacional de Auditoria e não do PlanejaSUS – contemplará apenas aspectos que dizem respeito ao planejamento.

Lembro, ainda, por oportuno, que o Sistema Nacional de Auditoria – por ser o sistema de controle interno do SUS – deverá ser objeto de Lei Complementar, conforme determina a EC 29, que alterou o art. 198 da CF – “Lei Complementar que será avaliada pelo menos a cada cinco anos estabelecerá, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal” (art. 198, § 3º, III da CF).

Desse modo, esclareço que o Projeto de Lei Complementar (PLC) 001/2003, que tramita no Congresso Nacional, com o objetivo de regulamentar esse dispositivo constitucional, não traz em seu bojo nenhuma norma sobre fiscalização, controle e avaliação das despesas do SUS, havendo necessidade de que seja proposto PLC para regulamentar o Sistema Nacional de Auditoria, o qual integra o sistema de controle interno da administração pública com o objetivo específico de controlar os gastos com a saúde pública. Ressalto que na ausência da lei complementar, as leis que tratam do tema estão recepcionadas, com força de lei complementar: Lei 8.080/90 e Lei n. 8.689/93 (art. 6º).

Assim, o Sistema Nacional de Auditoria deverá ser revisto integralmente, devendo ser objeto de nova regulamentação que realmente contemple todas as especificidades do SUS, o qual, ao mesmo tempo em que confere competência às três esferas de governo

para cuidar e legislar complementarmente sobre saúde, as unem em torno de sistema que deve ser organizado sob a forma de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o que traz grande complexidade organizativa para o SUS de cada esfera de governo.

Após a edição dessa futura lei complementar, regulamentando o texto constitucional, o decreto em análise deverá ser reformulado, tendo em vista as competências estaduais e municipais para dispor sobre o seu sistema de controle interno na área da saúde.

E a saúde contempla, ainda, a participação da comunidade na definição das políticas de saúde e no controle da execução dos planos de saúde, em todos os seus aspectos, consolidando uma forma de gestão participativa, própria da democracia participativa, com planejamento participativo (Conferências de Saúde), orçamento participativo (planos de saúde e sua orçamentação anual) etc.

Por isso, entendo como pertinente que a área de planejamento do Ministério da Saúde, juntamente com a área de controle interno, inicie um processo de redação de projeto de lei complementar regulamentando o dispositivo constitucional, o qual deverá contemplar todas as etapas do controle, com as conexões intersetoriais – do planejamento ao relatório de gestão.

Daí que, qualquer análise do referido decreto, não poderá desconhecer que, no momento, o mais importante é tentar cumprir a EC 29 que exige a regulamentação, por lei complementar, desse sistema de controle do SUS.

Desse modo, os comentários serão muito sucintos, tendo em vista, primeiro, se tratar de outro tema – controle interno e não planejamento – e, segundo, a necessidade de revisão de toda a legislação ora existente sobre controle interno do SUS, objeto que escapa a esse estudo.

### **Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**

Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA, nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

Comentários: a análise do plano de saúde, suas programações e os consequentes relatórios de gestão devem priorizar, no âmbito do SNA, os aspectos que visem ao controle das despesas, dos gastos com saúde e a sua natureza, ou seja, se há conformidade da despesa realizada com a programação aprovada, conforme dispõe o § 4º do art. 33, da Lei 8.080/90. Essa verificação é feita pelo relatório de gestão, nos termos do art. 4º, IV, da Lei 8.142/90. Os resultados das análises irão, na maioria das vezes, servir de orientação para o planejamento.

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

e) de indicadores de morbimortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;

l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais,

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei n 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

§ 2º Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto n° 1.232, de 30 de agosto de 1994;

Comentário: aqui fica claro que o acompanhamento federal se pauta pelo relatório de gestão.

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;  
e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;  
b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§ 1º À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes;

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetadas mostrar-se omissas ou sem condições de executá-las.

§ 2º Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Comentário: essa Comissão até hoje não foi implantada.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

Comentários: neste Decreto se privilegia pura e simplesmente o controle dos gastos com saúde, separando os recursos de convênios dos recursos do fundo a fundo. Entendo que todos os recursos da saúde – depositados e aplicados obrigatoriamente por meio de fundo de saúde – devem estar previstos nos orçamentos dos planos de saúde os quais irão financiar as suas programações, devendo o relatório de gestão contemplar todos esses gastos, em todos os seus aspectos, sem separar o gasto com convênio do gasto com repasse fundo a fundo. Nesse sentido, o plane-

jamento da saúde deverá utilizar o relatório de gestão como mais um instrumento para a sua realização.

II - para o Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde, remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

§ 1º O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§ 2º O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§ 3º O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Comentários: os órgãos competentes do planejamento deveriam analisar se este artigo, o 6º, contempla todos os instrumentos que um relatório de gestão deve conter, à luz da legislação vigente, como a Lei Complementar 101.

Art. 7º os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corregedoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10. Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

Art. 11. Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art. 12. Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13. O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14. Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107º da República.

*Fernando Henrique Cardoso*





**Avaliação do Plano Nacional  
de Saúde: 2004-2007: um  
pacto pela saúde no Brasil**



## Construção e conformação do PNS

A construção do Plano Nacional de Saúde – PNS – teve início em meados de 2003, após a conclusão do Plano Plurianual/PPA 2004-2007 do setor saúde. Embora as Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 – tratem de forma específica desse instrumento de gestão, essa foi uma iniciativa até então inédita no âmbito federal.

Conforme assinalado na primeira parte desta publicação, a Lei Nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) estabelece, como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (Art. 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do Art. 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Já a Lei Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o plano de saúde (Art. 4º).

### Processo

Para iniciar a construção do PNS, o Ministério da Saúde formulou, com o apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Fundação Oswaldo Cruz, uma agenda de trabalho cuja implementação ocorreu a partir da realização de seminário, em novembro de 2003, com o objetivo de afinar conceitos e colher subsídios sobre estrutura/conteúdo, processo de acompanhamento e avaliação do Plano, mobilização de atores e segmentos sociais para participar de sua elaboração.

Desse seminário participaram dirigentes e técnicos do MS, membros do Conselho Nacional de Saúde e representantes do Conass e do Conasems, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do Governo Federal. Em 2003 também, aproveitando a mobilização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada pesquisa junto a participantes deste evento visando levantar opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no PNS. Com base nas sugestões oriundas do seminário citado, foram conformados o referencial e o processo para a elaboração do PNS, os quais constituíram objeto de discussão e aperfeiçoamento em diferentes eventos específicos, nos colegiados e fóruns internos do MS, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Para agilizar o processo de elaboração do Plano e imprimir-lhe a necessária racionalidade, estabeleceu-se que as discussões e a consulta a diferentes atores e segmentos seriam realizadas a partir de uma pré-proposta, elaborada com base:

- a) nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS);
- b) no Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da 12ª CNS, desenvolvido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, Secretaria de Gestão Partici-

pativa/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Organização Pan-Americana da Saúde, que consistiu no levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais; e

c) no Plano Plurianual/PPA 2004-2007, instrumento do Governo Federal, estabelecido no Art. 156 da Constituição de 1988, que é aprovado mediante lei específica do Poder Executivo.

Essa pré-proposta foi discutida no âmbito dos colegiados dos órgãos e entidades do MS, que indicaram uma série de sugestões e ajustes. Daí resultou a proposta do Plano Nacional de Saúde, que embasou oficina de trabalho macrorregional, realizada em junho de 2004, reunindo técnicos e gestores das três esferas de direção do SUS, os quais apontaram diretrizes e metas prioritárias do Plano, segundo as peculiaridades e perfil epidemiológico de suas respectivas áreas de abrangência. A proposta do PNS, encaminhada previamente aos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, foi analisada e aprovada na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004 e publicada no Diário Oficial da União no mês de dezembro subsequente.

## Estrutura

Um dos desafios importantes na estruturação do PNS foi a definição do seu formato e das informações essenciais que deveria apresentar aos gestores, profissionais de saúde e à sociedade em geral. A partir do amadurecimento de desenhos iniciais, optou-se por estabelecer os objetivos, diretrizes e metas a serem buscados no período de 2004 a 2007 – baseados na análise situacional – que respondessem às necessidades apontadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde e que se constituíssem referência para os gestores e para o controle social do SUS.

Assim, o Plano Nacional de Saúde está estruturado em quatro partes, a saber: (i) princípios que orientam o PNS; (ii) síntese da análise situacional da saúde no Brasil; (iii) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007; (iv) gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Considerando que esses elementos essenciais que conformam o PNS – em especial os objetivos, as diretrizes e as metas – guardam a necessária inter-relação, foram adotados recortes comuns buscando assegurar, ao mesmo tempo, a interdependência e especificidade destes elementos. Com isso, procurou-se, também, resguardar uma simetria mínima, mas necessária, entre esses elementos essenciais. Dessa forma, os objetivos, as diretrizes e as metas correspondentes são apresentadas segundo os seguintes recortes: (i) linhas de atenção à saúde (organização das ações e serviços de assistência); (ii) condições de saúde da população (agravos e doenças, segmentos populacionais mais vulneráveis e intervenções específicas); (iii) setor saúde (em especial, iniciativas de saúde que envolvem outros setores); (iv) gestão em saúde; e (v) investimento em saúde.

Os objetivos a serem alcançados com o PNS são os mesmos do Plano Plurianual 2004-2007 da Saúde, estabelecidos também em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo são 23 objetivos. Os objetivos, as diretrizes e as metas nor-teiam a definição das ações a serem implementadas, as quais dão consequência prática

ao Plano Nacional e que são objeto da programação. As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – são expressas sob a forma de enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, que busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. A partir das diretrizes, é apresentado o rol de metas a serem alcançadas. A propósito, vale assinalar que, por ocasião das mudanças e ajustes indicados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS –, procedeu-se também à revisão de algumas diretrizes e metas, tendo em conta sugestões formuladas por consultores e colegiados do MS. Tal revisão resultou na junção de algumas metas ou no deslocamento de outras para o âmbito das diretrizes, considerando o caráter operacional que encerram.

Ressalte-se, de outra parte, os limites que devem ser levados em conta tanto na definição quanto no acompanhamento de algumas metas. Diversas metas estabelecidas no Plano são baseadas nos dados existentes nos sistemas de informação de base nacional, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação, entre outros. É fundamental que se considere – seja na avaliação das linhas de base dos indicadores, seja no acompanhamento das metas definidas – a heterogeneidade na cobertura e a qualidade das informações desses sistemas nas diferentes regiões e estados brasileiros.

As metas que envolvem informações de mortalidade, por exemplo, podem ser influenciadas pelos problemas existentes na captação de óbitos e pelo elevado percentual de mortes por causas mal definidas em algumas regiões, especialmente no Norte e no Nordeste. Estados com melhor acurácia desse Sistema podem apresentar maiores taxas de mortalidade na linha de base ora avaliada. Por outro lado, eventuais elevações das taxas acompanhadas – quer na esfera local/regional, quer nas metas nacionais – poderão ocorrer pelo desejado aprimoramento dos sistemas de informação, sem representar todavia uma pior situação de saúde.

## Criação do CTI-PNS

Na 11ª Oficina de Trabalho Interagencial da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – OTI/Ripsa –, realizada em 20 e 21 de maio de 2004, foi apresentado o Plano Nacional de Saúde – PNS – que, na ocasião, estava em processo de elaboração com características inovadoras, pela ampla participação dos atores envolvidos na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os participantes da OTI destacaram, no debate que se seguiu à apresentação, a relevância da iniciativa, o mérito do processo participativo adotado e o interesse demonstrado pelo Ministério da Saúde em se valer da experiência da Ripsa no desenvolvimento do PNS. Nesse sentido, a OTI recomendou à Secretaria Técnica da Ripsa discutir mecanismos que viabilizassem essa participação.

### Antecedentes

Assim, em 23 de julho de 2004, a Secretaria Técnica da Ripsa reuniu na Opas um grupo consultivo *ad hoc* convidado para dar contribuições ao documento preliminar, sobretudo com referência aos aspectos de gestão, monitoramento e avaliação do PNS. Participaram profissionais de grande experiência no tema e identificados com os trabalhos da Ripsa. A sistematização das discussões configurou-se subsídio relevante aos desdobramentos seguintes.

Em síntese, o grupo constatou que a sistemática adotada na construção do Plano reproduzia a organização interna do Ministério da Saúde, dificultando a visualização de problemas prioritários a serem trabalhados e, conseqüentemente, as funções de gestão, monitoramento e avaliação do processo e de seus resultados. No entanto, considerou de grande alcance o trabalho iniciado pelo MS, por intermédio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva – SPO/MS –, com relevância estratégica para o desenvolvimento do SUS. Nesse sentido, houve grande disposição do grupo de contribuir para a sua continuidade e aperfeiçoamento, mediante análise minuciosa do conteúdo do PNS, com vistas a identificar um núcleo de iniciativas nacionais prioritárias que pudesse ser monitorado e avaliado.

A Secretaria Técnica da Ripsa, na sua 5ª reunião de 2004 – em 9 de agosto –, aprovou a constituição de Comitê Temático Interdisciplinar para tratar de Informação para a gestão do Plano Nacional de Saúde – CTI-PNS-Ripsa –, conforme esquema básico proposto (ver item Comitê Temático Interdisciplinar: Informação para a Gestão do Plano Nacional de Saúde, página 177).

### Atuação

Na primeira reunião do CTI, em 28 de setembro 2004, foi aprovada a versão final do esquema básico de funcionamento (ver item Esquema Básico de Trabalho do CTI-PNS/Ripsa, página 178) e discutida a sua operacionalização. A participação do Subsecretário da SPO foi importante para esclarecer o processo político e institucional em que se situava a implementação do PNS, contribuindo assim para superar dificuldades iniciais

do CTI em identificar uma linha objetiva de trabalho. O próprio Plano já havia sido atualizado pela SPO, incorporando recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

Nessa reunião, o CTI sugeriu um conjunto de cinco eixos de análise que poderia caracterizar melhor os resultados do processo. Embora a SPO não pudesse alterar os recortes já adotados, que foram pactuados com os órgãos responsáveis, a sugestão foi aproveitada na parte introdutória da versão final do Plano, sob o título de princípios orientadores. Entre outros pontos, o CTI se propôs a elaborar matriz que sistematizasse os objetivos, diretrizes e metas do PNS, com as responsabilidades institucionais correspondentes, de modo a facilitar a discussão do modelo de trabalho do Comitê.

Esse produto foi analisado na segunda reunião do CTI, realizada em 4 de novembro de 2004. Decidiu-se então rever as diretrizes e metas do PNS, com vistas a estabelecer eixos estratégicos de ação para o processo de avaliação. O trabalho consistia em reordenar as diretrizes, subdiretrizes e metas, de acordo com itens da Agenda Estratégica e das Iniciativas Prioritárias do Governo Federal. A partir disso, seriam solicitados esclarecimentos aos órgãos do Ministério da Saúde, responsáveis pelas metas do PNS, que subsidiassem o monitoramento e a avaliação do Plano. Em dezembro de 2004, por ocasião da 12ª OTI da Ripsa, foi apresentado um informe sobre o andamento das atividades do CTI-PNS.

A etapa seguinte consistiu na elaboração da matriz sintética, trabalhada pelo Professor Eduardo Mota, reordenando as diretrizes, subdiretrizes – identificadas na contextualização que se segue a cada diretriz – e metas do PNS, segundo os itens da Agenda Estratégica e das Iniciativas Prioritárias (constantes, como referido, dos princípios orientadores do PNS). As metas do PNS foram detalhadas, com a formulação de indagações comuns e específicas, buscando articulá-las com as diretrizes respectivas de modo a verificar a suficiência das metas para cumprir as diretrizes do PNS e a agenda estratégica do Ministério. Esse produto foi analisado por um subgrupo do CTI reunido em 18 de maio de 2005, que estabeleceu novas linhas de aprofundamento do trabalho, com vistas à definição de um nicho nacional a ser acompanhado e avaliado pelo CTI-PNS. O subgrupo dedicou-se, em seguida, a selecionar as subdiretrizes e metas que são de competência federal, mediante consulta à legislação do SUS. Resultou desse esforço uma nova matriz, que correspondia ao núcleo de responsabilidades federais no PNS. Nela foram identificadas lacunas que deveriam ser trabalhadas pelo Ministério para assegurar a correlação entre subdiretrizes e metas do Plano.

Com base nesse tratamento inicial, a SPO promoveu um processo de consultas às áreas técnicas do MS envolvidas na elaboração do PNS, para atualizar as metas e analisar as pendências indicadas pelo CTI. Paralelamente a esse esforço, a SPO iniciou a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

Em 5 de abril de 2006, o CTI-PNS foi novamente convocado para apreciar o trabalho realizado pela SPO. A reunião analisou uma nova versão da matriz, na qual estavam identificadas as metas prioritárias, utilizando como referência o Pacto pela Saúde 2006, as iniciativas prioritárias do governo e o documento de Perspectivas 2006 do Ministério. A planilha correlacionava as subdiretrizes do PNS com as metas do Plano

Plurianual (PPA), num esforço inicial para vincular os objetivos de saúde – efetividade das ações – com a lógica orçamentária (produtividade).

Concluída a revisão da planilha com base nas contribuições das áreas técnicas do Ministério, o subgrupo do CTI voltou a se reunir em 26 de abril de 2006. Sugeriu que o Ministério revisasse o Plano sob a forma de anexo ao documento original, destacando o cumprimento das metas previstas para 2006 e as programadas para 2007, segundo prioridades estabelecidas.

Conforme agendado, o subgrupo do CTI-PNS se reuniu em 31 de maio para apreciar o trabalho de sistematização realizado pela SPO, que atribuiu graus de prioridade às metas do PNS, combinando a sua inserção entre as Metas Presidenciais, as Iniciativas Prioritárias 2004/2007, as Perspectivas para 2006 e o Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006). O grupo concluiu que a matriz de prioridades deveria conter as metas classificadas nas categorias 0, 1, 2 e 3 (esta última quando a subdiretriz ou meta estiver relacionada ao Pacto pela Saúde).

Acordou-se também elaborar o informe final dos trabalhos do CTI, com recomendações ao Ministério da Saúde sobre a continuidade dos trabalhos de monitoramento do Plano Nacional de Saúde. Nesse sentido, foi proposta a realização de uma reunião do CTI com a presença do Ministro, dos dirigentes dos órgãos de primeiro escalão do Ministério e dos correspondentes coordenadores de planejamento. Os membros do Comitê foram incumbidos da elaboração dos produtos parciais relativos ao informe.

Na reunião seguinte do CTI de 25 de julho de 2006, foram apresentados e debatidos os produtos antes acordados: descrição do processo de construção e a estrutura do Plano Nacional de Saúde; sumário do desdobramento desse esforço na organização do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS); e consolidação de todo o trabalho realizado pelo CTI-PNS desde a sua criação em 2004, como consequência da mencionada Oficina de Trabalho realizada em julho daquele ano. Eduardo Mota e Celso Simões realizaram, em conjunto, uma análise crítica do cumprimento das metas do PNS no período de 2004-2006, consubstanciada em documento preliminar que tomou por base a versão mais atualizada da matriz elaborada pela SPO (junho de 2006). Nessa reunião, também foram revisadas as diretrizes e subdiretrizes do PNS, com as respectivas metas, procurando identificar as fontes de informação disponíveis para a construção de indicadores aplicáveis.

## Conclusões

Considerou-se que o aprofundamento da análise do cumprimento das metas permitirá à SPO/SE: verificar os indicadores da Ripsa que se aplicam ao PNS; observar tendências relativas ao cumprimento das metas; e identificar prioridades e necessidades adicionais de informação. A partir desse trabalho e das necessidades do processo de planejamento, a SPO poderá, junto às áreas de informação em saúde no Ministério, subsidiar o aprimoramento dos conteúdos temáticos.

Quanto à continuidade dos trabalhos relativos ao monitoramento e à atualização do PNS, o CTI sugeriu: retorno às áreas técnicas do Ministério da Saúde para avaliação

e eventual incorporação ao planejamento de seu trabalho; aproveitamento dessa experiência e a do PlanejaSUS para a próxima versão do Plano, a ser trabalhada em 2007, com vistas ao novo período (2008-2011); ênfase no caráter dinâmico do próximo Plano Nacional de Saúde, que deve orientar a elaboração do PPA e seguir uma programação reajustável anualmente; elaboração do próximo PNS prevendo indicadores de monitoramento com as fontes de dados correspondentes, segundo padrão adotado na Ripsa; e convergência do desenvolvimento do PlanejaSUS com os princípios estabelecidos no Pacto pela Saúde 2006, de modo a potencializar as duas iniciativas.

Com o objetivo de fortalecer essas proposições, os resultados do trabalho conjunto realizado pelo CTI e pela SPO/SE foram apresentados ao primeiro escalão do Ministério da Saúde e aos coordenadores da área de planejamento, para considerações e avaliação de suas perspectivas futuras, em reunião realizada no dia 18 de outubro de 2006.

## Análise do cumprimento de metas do PNS<sup>1</sup>

A presente análise do cumprimento das metas do PNS foi realizada a partir de uma matriz que sintetiza as diretrizes, subdiretrizes e metas estabelecidas para cada um dos recortes adotados no Plano Nacional de Saúde 2004-2007, como assinalado no item precedente, utilizando-se os dados registrados para este período. O objetivo dessa análise é contribuir para a definição de um modelo e a produção de informações que subsidiem os processos de acompanhamento e avaliação do PNS.

Essa matriz foi posteriormente revista pela Coordenação Geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS) que acrescentou, para cada meta, a área/órgão do MS responsável pela execução e as informações sobre a ação programática (metas físicas), assim definidas: (i) realizado em 2004; (ii) realizado em 2005; (iii) previsto em 2006; e programado para 2007. Para essa revisão, contribuíram as áreas técnicas do MS e o CTI-PNS. Utilizou-se a matriz sintética de metas em sua versão de junho 2006.

### Notas metodológicas

Ao analisar as diretrizes do PNS, o Comitê procedeu à articulação das informações constantes dessa matriz com diferentes fontes de prioridade, começado com as Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), constantes do capítulo 2 do Plano, e as metas correspondentes. Em seguida, todas as metas foram articuladas também com o que está exposto no Pacto pela Saúde (PS), de acordo com a Portaria nº 399/2006; com o que consta do documento Perspectiva 2006 (PP); e com o que estabelecem as Metas Presidenciais (MP). Algumas metas estavam associadas com mais de uma dessas fontes e, por esta razão, foram estabelecidos critérios de priorização das metas para fins de análise.

Foram consideradas como de maior prioridade:

- as metas presidenciais;
- as metas constantes em duas ou três daquelas fontes; e
- as metas que estavam articuladas com o Pacto pela Saúde.

Dessa maneira, essas metas tiveram tratamento separado e constituíram a Matriz I da análise. A Matriz II da análise reuniu as demais metas que constavam em apenas uma dessas fontes (exceto em MP ou PS) e as que não constavam em qualquer das fontes citadas.

Na Matriz I, entre as 49 metas listadas, havia 15 metas do conjunto das MP; 9 metas das IP; 17 metas das PP; 33 metas do PS. Na Matriz II, foram listadas: IP – 24 metas; PP – 31 metas; e outras 121 que não constavam de qualquer das fontes citadas, totalizando 176. A modelagem final da priorização das metas é apresentada no quadro a seguir.

---

<sup>1</sup> O tratamento e a análise das informações foram realizados pelos Drs. Celso Simões e Eduardo Mota, ao qual coube a apresentação na reunião do dia 18 de outubro de 2006.

**Quadro 1.** Classificação das Metas do PNS segundo as diferentes fontes de prioridade e o número de metas correspondentes, por matriz de dados, Brasil, 2006.

Matriz	Especificação das metas segundo fonte de prioridade	Nº de Metas
I	Metas constantes das Metas Presidenciais (MP)	15
	Metas constantes em três fontes de prioridades (IP, PS e PP)	3
	Metas constantes em duas fontes de prioridades (IP e/ou PS e/ou PP)	10
	Metas constantes em uma fonte de prioridade (PS)	21
	Subtotal	49
II	Metas constantes em uma fonte de prioridade exceto as relativas ao PS	55
	Metas que não constavam de qualquer das fontes de prioridade	121
	Subtotal	176
	Total	225

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

IP – Iniciativas Prioritárias 2004/2007; PS – Pacto pela Saúde (Portaria Nº 399/2006); PP – Perspectiva 2006.

Na análise das informações da Matriz I, foram excluídas 16 metas, sendo duas por estarem repetidas e 14 porque não apresentavam todas as informações necessárias (para 11 delas a área não retornou informação sobre metas físicas 2005-2007 e para duas outras não havia programação para 2007). Da Matriz II, foram excluídas cinco metas: duas por repetição e três por não apresentarem informações para 2007. Dessa maneira, o quantitativo de metas analisadas foi de 33 para a Matriz I e de 171 para a Matriz II.

A seguir, estão listadas as metas excluídas da análise em cada uma das matrizes de informações.

### Metas excluídas da análise da Matriz I

#### Metas Presidenciais: 2

- Recorte 1, diretriz 4, meta: (1) reformar e equipar 961 serviços de urgências e emergências.
- Recorte 2, diretriz 22, meta: (2) expandir a implantação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito” para 100% das capitais.

#### Metas do PS: 12

- Recorte 1, diretriz 1, metas: (3) implementar programa de qualificação da atenção à saúde; (4) promover mudança no modelo de atenção para a adoção de práticas resolutivas; (5) adotar incentivos – aos gestores equipes de saúde e suas gerências – para a implementação de práticas voltadas à humanização da atenção à saúde; (6) implantar sistema de acreditação da rede hospitalar pública e privada.
- Recorte 1, diretriz 2, meta: (7) garantir a qualificação da atenção básica em 80% das unidades de saúde da família.

- Recorte 2, diretriz 7, metas: (8) capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra; (9) inserir o quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.
- Recorte 2, diretriz 9, meta: (10) implantar a política do idoso em 50% dos municípios de residência da população do campo.
- Recorte 3, diretriz 2, metas: (11) fortalecer os planos municipais, estaduais e nacionais de saúde como instrumentos de gestão e como elementos para pactos intergestores; (12) revisar, sistematizar e aprovar junto a CIT a regulação inerente a regulamentação do planejamento do SUS; (13) definir e aprovar junto a CIT instrumentos básicos de planejamento para as três esferas de governo; (14) implementar o Sistema de Planejamento no SUS (PlanejaSUS) nas 27 UF's.

## Metas excluídas da análise da Matriz II

### Metas PP

- Recorte 1, diretriz 10, metas: (1) renovar 3/5 (do total de petições de renovação protocoladas em 2006) dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica; (2) renovar 3/5 (total de petições de renovação protocoladas em 2006) dos registros de medicamentos similares das classes terapêuticas – antibióticos, anti-neoplásicos e anti-retrovirais – com base na comprovação de testes de biodisponibilidade relativa.

### Meta que não constava das prioridades:

- Recorte 3, diretriz 3, meta: (3) estabelecer cooperação técnica com entidades vinculadas ao SUS para elaboração de projetos de investimentos.

Para realizar a análise do cumprimento de cada meta, os montantes registrados para o realizado em 2005 e o previsto para 2006 – este último considerado como resultado preliminar para este ano –, foram comparados separadamente com o programado para 2007, calculando-se o percentual alcançado para cada meta. Em seguida, os percentuais foram classificados em quatro grupos de grau de cumprimento da meta, a saber: grau I= até 25%; grau II= de 26% a 50%; grau III= de 51% a 75%; e grau IV= maior que 75%.

## Resultados e discussão

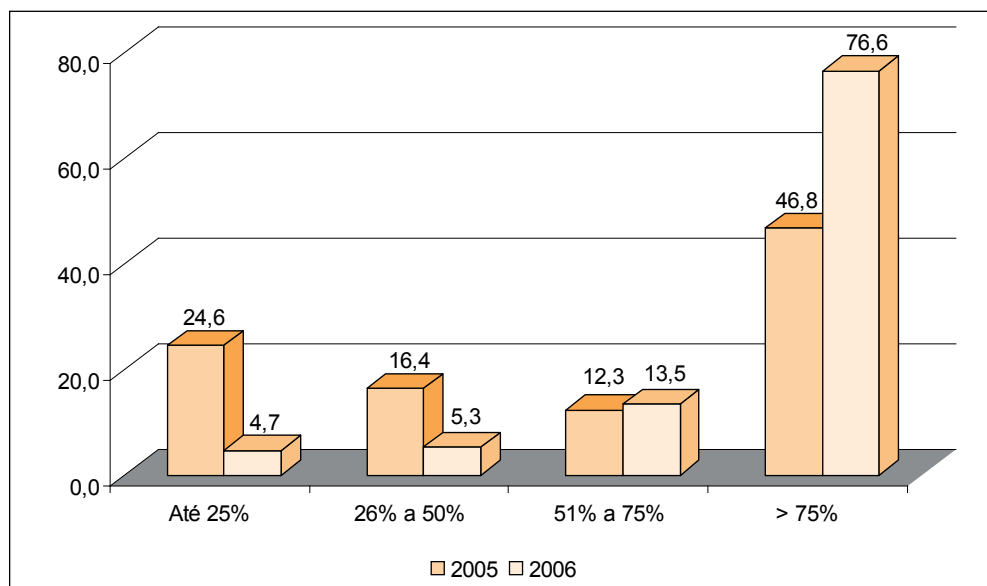
Na Tabela 1 e Gráfico 1, a seguir, são apresentados os resultados da avaliação do cumprimento das metas incluídas na Matriz II.

**Tabela 1.** Distribuição do número de metas da Matriz II segundo grau de cumprimento e recorte do PNS, Brasil, 2005-2006.

Recortes	2005 - Graus de cumprimento de metas					2006 - Graus de cumprimento de metas						
	I	II	III	IV	Total	% de grau IV do total	I	II	III	IV	Total	% de grau IV do total
1. Em relação às linhas de atenção à saúde	5	8	3	8	24	33,3	1	3	4	16	24	66,7
2. Em relação às condições de saúde	18	11	9	40	78	51,3	4	3	11	60	78	76,9
3. Em relação à gestão em saúde	11	7	1	17	36	47,2	3	2	6	25	36	69,4
4. Em relação ao setor saúde	8	2	8	15	33	45,5	0	1	2	30	33	90,9
Total nº	42	28	21	80	171	46,8	8	9	23	131	171	76,6
%	24,6	16,4	12,3	46,8	100,0		4,7	5,3	13,5	76,6	100,0	

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.  
 Nível de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

**Gráfico 1.** Distribuição do percentual de metas da Matriz II segundo grau de cumprimento, PNS, Brasil, 2005-2006.



Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.  
 Nível de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Na análise das informações da Matriz II, observa-se que a proporção das metas classificadas como tendo grau de cumprimento IV – isto é, para aqueles em que se alcançou mais de 75% do que está programado para 2007 – experimentou aumento expressivo entre 2005 e 2006, para todos os recortes do PNS. Para o Recorte 1 (Em relação às linhas de atenção à saúde), esse percentual passou de 33,3% para 66,7%; para o Recorte 2 (Em relação às condições de saúde), variou de 51,3% a 76,9%; no Recorte 3 (Em relação à gestão em saúde), aumentou de 47,2% para 69,4%; e para o Recorte 4 (Em relação ao setor saúde), passou de 45,5% para 90,9%. Nota-se também, no total, que ao tempo em que a proporção de metas classificadas no grau I (cumprimento até 25%) diminuiu de 24,6% em 2005 para 4,7% em 2006, o percentual de metas classificadas como grau IV aumentou de 46,8% para 76,6%, evidenciando um desempenho progressivamente maior entre os dois anos considerados em relação ao que se espera alcançar em 2007.

Entretanto, entre as metas com desempenho mais baixo em 2006, se registravam cinco programadas somente para 2007, a saber: (1) implantar fábrica de preservativo masculino em Xapuri/AC; (2) aumentar em 5% a cobertura vacinal de hepatite B em adolescentes por meio de campanhas educativas; (3) realizar uma campanha nacional de prevenção de deficiência; (4) realizar estudo sobre as condições de saúde da população penitenciária; e (5) estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde. Por outro lado, para 91 (53,2%) metas, tinham sido alcançados em 2006 percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 100%.

Nota-se ainda que para as metas do Recorte 1, o desempenho mais baixo em 2005 foi modificado para 2006, com o dobro da proporção de metas classificadas como de grau de cumprimento IV naquele último ano, e o elevado percentual de metas com grau IV (90,9%) em 2006 para o Recorte 4.

Em síntese, do total das 171 metas constantes da Matriz II, observa-se que 46,8% já haviam alcançado mais de 75% de cumprimento em 2005. E, em 2006, esse percentual alcançava pouco menos de 77% de cumprimento no seu total. Além disso, em 2005, estavam incluídas 12% de metas de grau III de cumprimento e, portanto, em torno da mediana de cumprimento entre 50 e 75%, sendo que este valor permaneceu relativamente igual, ou seja, de 3,5%, em 2006.

O Gráfico 1 apresentado anteriormente demonstra que pelo menos um quarto das metas relativas a 2005 apresentava grau de cumprimento abaixo de 50% ou até 25% de cumprimento; 16%, entre 26 e 50%; e somente 46,47% haviam alcançado mais de 75% do cumprimento daquilo que tinha sido previsto.

Nas tabelas e gráficos a seguir, apresentam-se os resultados da avaliação do cumprimento das metas incluídas na Matriz I.

Em 2005, o melhor desempenho ocorreu para as metas do Recorte 3, com 66,7% das metas classificadas como de desempenho IV, seguindo-se as metas do Recorte 1 em que esta proporção foi de 36,4% (Tabela 2). Para aquele ano, havia somente 36,4% do total das metas classificadas como Grau IV e, em contraste, 33,3% das metas ainda estava no Grau I de desempenho (Gráfico 2). A única meta registrada no Recorte 4 (Em relação do setor saúde) alcançou grau de desempenho III em 2005 e permaneceu assim em 2006.

Para 2006, as metas de todos os quatro Recortes tinham, em geral, ultrapassado o percentual de 70% para o grau de cumprimento IV (Tabela 3), com uma proporção total de metas classificadas no Grau IV de 66,7% e somente 2 (6,1%) metas se encontravam com desempenho equivalente ao Grau I (Gráfico 2). Assinale-se ainda que para 13 (39,4%) metas tinham sido alcançados em 2006 percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 100%.

**Tabela 2.** Distribuição do número e percentual das metas do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	2	7	2	0	11	33,3
		%	18,2	46,7	33,3	-		
	II	nº	3	1	0	0	4	12,1
		%	27,3	6,7	-	-		
	III	nº	2	3	0	1	6	18,2
		%	18,2	20,0	-	100,0		
	IV	nº	4	4	4	0	12	36,4
		%	36,4	26,7	66,7	-		
	Total	nº	11	15	6	1	33	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%

Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP) Do total de 49 metas, 16 não foram incluídas na análise.

**Tabela 3.** Distribuição do número e percentual das metas do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

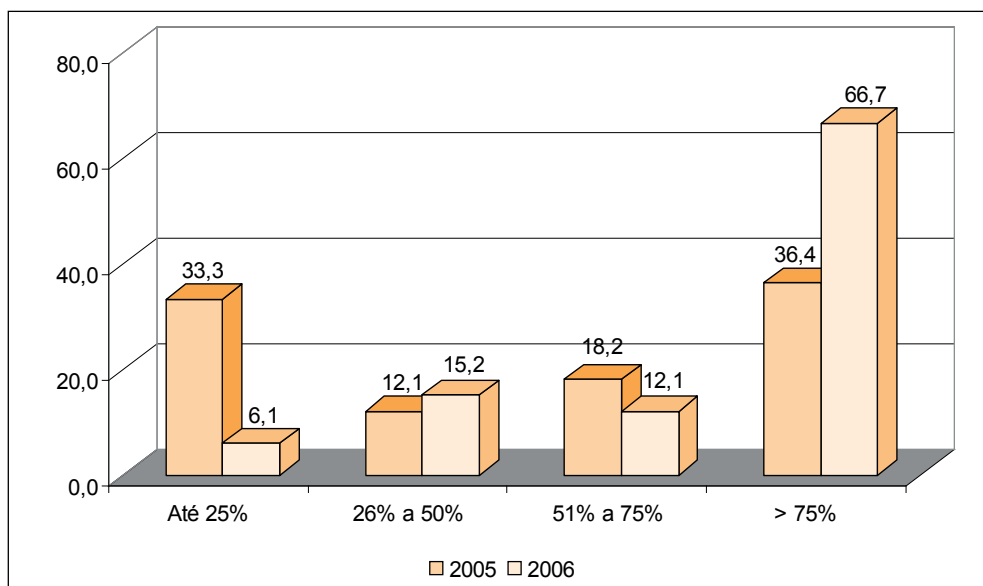
Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	2	0	0	2	6,1
		%	-	13,3	-	-		
	II	nº	2	2	1	0	5	15,2
		%	18,2	13,3	16,7	-		
	III	nº	1	2	0	1	4	12,1
		%	9,1	13,3	-	100,0		
	IV	nº	8	9	5	0	22	66,7
		%	72,7	60,0	83,3	-		
	Total	nº	11	15	6	1	33	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%

Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP) Do total de 49 metas, 16 não foram incluídas na análise.

**Gráfico 2.** Distribuição do percentual de metas da Matriz I segundo grau de cumprimento, PNS, Brasil, 2005-2006.



Nas Tabelas 4 e 5 a seguir, apresentam-se os resultados da análise de cumprimento das metas do conjunto classificado como Metas Presidenciais.

Entre as 13 metas analisadas nesse grupo, o percentual de metas classificadas como grau de cumprimento IV aumentou de 23,1%, em 2005, para 61,5%, em 2006. Em contraste, o percentual de metas de grau de cumprimento I que foi de 23,1%, em 2005 foi, nulo em 2006. Além disso, observou-se que para três metas tinham sido alcançados percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 90%, em 2006.

As Metas Presidenciais concentram-se nos Recortes 1 e 2, estando nove delas no primeiro destes recortes. Nesse grupo, seis de nove metas foram classificadas como de grau de cumprimento IV.

**Tabela 4.** Distribuição do número e percentual das Metas Presidenciais (MP) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	II	nº	3	0	0	0	3	23,1
		%	33,3	-				
	III	nº	2	2	0	0	4	30,8
		%	22,2	50,0				
	IV	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	Total	nº	9	4	0	0	13	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

MP: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 15 metas, 2 não tinham dados para análise.

**Tabela 5.** Distribuição do número e percentual das Metas Presidenciais (MP) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	0	0	0	0	0,0
		%	-	-				
	II	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	III	nº	1	1	0	0	2	15,4
		%	11,1	25,0				
	IV	nº	6	2	0	0	8	61,5
		%	66,7	50,0				
	Total	nº	9	4	0	0	13	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

MP: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 15 metas, 2 não tinham dados para análise.

As metas associadas ao Pacto pela Saúde, na Matriz I, foram analisadas separadamente, e os dados consolidados podem ser observados nas Tabelas 6 e 7 a seguir.

**Tabela 6.** Distribuição do número e percentual das Metas do Pacto pela Saúde (PS) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	0	6	2	0	8	40,0
		%	-	54,5	33,3	-		
	II	nº	0	1	0	0	1	5,0
		%	-	9,1	-	-		
	III	nº	0	1	0	1	2	10,0
		%	-	9,1	-	100,0		
	IV	nº	2	3	4	0	9	45,0
		%	100,0	27,3	66,7	-		
	Total	nº	2	11	6	1	20	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

PS: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

No Recorte 4, inclui somente PP e IP.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 34 metas, 12 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

**Tabela 7.** Distribuição do número e percentual das Metas do Pacto pela Saúde (PS) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	2	0	0	2	10,0
		%	-	18,2	-	-		
	II	nº	0	1	1	0	2	10,0
		%	-	9,1	16,7	-		
	III	nº	0	1	0	1	2	10,0
		%	-	9,1	-	100,0		
	IV	nº	2	7	5	0	14	70,0
		%	100,0	63,6	83,3	-		
	Total	nº	2	11	6	1	20	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

PS: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

No Recorte 4, inclui somente PP e IP.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 34 metas, 12 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

Nesse grupo de metas, há maior número nos Recortes 2 e 3. Para as primeiras, a proporção de metas classificadas como de grau IV de cumprimento aumentou de 27,3%, em 2005, para 63,6%, em 2006 e para as metas do Recorte 3 estas proporções variaram de 66,7% a 83,3%. No total, 70% das metas do Pacto pela Saúde tinham alcançado grau de cumprimento IV em 2006, embora se tenha verificado que 4 (20%) metas ainda se classificavam nos graus I e II em 2006, três delas no Recorte 3 (Em relação as condições de saúde).

**Tabela 8.** Distribuição do número de metas\* do PNS segundo o grau de cumprimento\*\* por recorte\*\*\* e diretriz, Brasil, 2005 e 2006 .

Recortes	Diretrizes	nº total Metas	2005				2006							
			I	II	III	IV	% de grau IV do total	I	II	III	IV	% de grau IV do total		
1	2. Expansão e efetivação da atenção básica de saúde.	4		1	3						4	100,0		
	4. Reorganização da atenção ambulatorial e do atendimento de	4	1	2	1				1	1	2	50,0		
	5. Reorganização da atenção de alta complexidade.	2	1		1				1		1	50,0		
	8. Efetivação da política nacional de assistência farmacêutica.	1		1							1	100,0		
2	3. Prevenção e controle da malária, da dengue e de outras doenças transmitidas	2	2						2		1	0,0		
	4. Prevenção e controle da Aids e outras doenças sexualmente transmitidas.	3	1		1	1				3	100,0			
	5. Controle da tuberculose e eliminação da hanseníase.	2			2					2	100,0			
	9. Implementação de política de saúde para a população do campo.	1	1						1		1	100,0		
3	15. Promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida.	2	2								1	50,0		
	19. Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição.	1		1						1		0,0		
	21. Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal.	4	1		2	1			1	1	2	50,0		
	2. Aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS.	3			3					3		100,0		
4	5. Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS.	3	2		1				1	2		66,7		
	7. Defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.	1		1					1		1	0,0		
Tota		33	11	4	6	12			36,4	2	5	4	22	66,7

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

\*Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP).

\*\*Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

\*\*\*Recortes: 1. Em relação às linhas de atenção à saúde; 2. Em relação às condições de saúde; 3. Em relação à gestão em saúde; 4. Em relação ao setor saúde. Do total de 49 metas, 14 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

A análise da Matriz I foi realizada também por recortes e diretrizes do PNS (Tabela 8). O grau de desempenho em 2006 alcançou 100% para o nível IV no conjunto das metas das diretrizes relativas à atenção básica de saúde e à política de assistência farmacêutica (recorte 1 do PNS – Linhas de atenção à saúde).

No recorte 2 (Condições de saúde), as metas relacionadas à prevenção e controle da Aids/DST, do controle da Tuberculose/Hanseníase e da implementação de política de saúde para a população do campo também alcançaram 100%, em 2006. No recorte 3 (Gestão em saúde), somente as metas relativas ao aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS alcançaram 100% no grau de cumprimento IV. Nota-se que as metas da diretriz relativa à prevenção e controle da malária, da dengue e de outras doenças transmitidas por vetores, da promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição e da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde permaneceram com grau de desempenho de nível III ou menos, em 2006.

### Recomendações

O trabalho desenvolvido permitiu ao CTI identificar um conjunto de recomendações voltadas ao desenvolvimento futuro desse processo de acompanhamento – inclusive do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) – e da relação da Ripsa para com o fornecimento de informações que auxiliem os processos de gestão.

No tocante ao desenvolvimento do próximo Plano, propõe um novo recorte de análise situacional, que considere pelo menos três eixos: (i) as condições de saúde da população e a organização de serviços (aí incluídas as responsabilidades e competências específicas do setor saúde); (ii) os processos e as condições de gestão do SUS; e os (iii) determinantes e condicionantes de saúde (aqui constantes as responsabilidades compartilhadas). Isso significa, entre outras medidas, uma revisão dos cinco recortes do PNS 2004-2007.

Entende o CTI que a formulação de objetivos e diretrizes deve ser feita de forma mais agregada, segundo a proposição de novos recortes, de tal maneira que se possa definir metas compatíveis com as características de plano para um período mais ampliado que, no caso do PNS, é de quatro anos. É importante que a proposição de metas pelas áreas técnicas leve em conta indicadores que sejam aplicáveis ao processo de monitoramento do plano.

Nesse particular, o Comitê observou que não houve, aparentemente, nenhuma dificuldade para qualquer área técnica fornecer os dados correspondentes que pudessem auxiliar a avaliação, o cumprimento e o acompanhamento do Plano. Certamente, nem todos esses dados estão nos sistemas de informação, mas os mecanismos de gestão de cada área, de cada setor, hoje, se encontram de tal forma que é possível oferecê-los no tempo oportuno ao acompanhamento do Plano, o que é um avanço significativo.

Na definição de metas para o próximo Plano, todavia, é imprescindível que se tenha presente também como fazer o seu monitoramento, quais serão as fontes de dados ou estudos que possibilitarão o cálculo de indicadores e que, portanto, permitirão o processo de acompanhamento. Sugere-se que a proposição de novos indicadores seja

orientada pelo modelo que a Ripsa adota, já há algum tempo, chamado de ficha de qualificação.

Essa ficha apresenta, de forma padronizada, desde a conceituação, até a fonte de dados, a base de cálculo e limitações do indicador. Essa padronização é fundamental para que se garanta certa unidade de apreciação ou de análise no processo de acompanhamento do plano. Uma outra questão importante, a partir do novo plano elaborado, é a programação anual, com a definição de ações, metas, indicadores e recursos.

Em relação ao Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, o CTI reconhece a grande relevância dessa iniciativa para orientar as ações de saúde. Considera que deve estar organicamente associada àquilo que foi estabelecido no Pacto pela Saúde 2006. O Sistema requer o engajamento de todas as esferas de gestão e a adoção, com as adaptações correspondentes, das mesmas linhas gerais que se estabelecem no PNS, sob o entendimento de que esse é um plano nacional e, portanto, resultado de uma pactuação entre gestores.

Finalmente, conforme assinalado anteriormente, a análise do cumprimento das metas do PNS e as sugestões do CTI-PNS foram apresentadas em reunião realizada no dia 18 de outubro de 2006, da qual participaram o Ministro da Saúde, dirigentes e coordenadores da área de planejamento de órgãos e entidades do Ministério. Nessa reunião, também foi feita uma retrospectiva do trabalho do CTI – objeto do item 2 – e da implementação do Sistema de Planejamento do SUS (item 1). Tendo em conta a importância das considerações feitas pelos participantes na ocasião, que configuram subsídios relevantes para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo, em especial, do PlanejaSUS, são destacados, de forma resumida, na página 179, alguns destes comentários e observações (item Resumo de algumas observações e comentários feitos pelos participantes da Reunião de Apresentação do Relatório de Trabalho do CTI-PNS/Ripsa, realizada em 18 de outubro de 2006).

## Encaminhamento

O trabalho realizado pelo CTI-PNS foi apresentado também na 14ª Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa, promovida nos dias 20 e 21 de novembro de 2006. Na ocasião, por intermédio do Dr. Eduardo Mota, o CTI ressaltou o trabalho articulado com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS). Essa interação permitiu à SPO desenvolver outros produtos e promover outras iniciativas, entre as quais o PlanejaSUS, já em funcionamento, bem como revisões do próprio PNS.

Assinalou ainda que a apresentação era parte da análise do desempenho do PNS feita pelo CTI, cujo objetivo foi dar visibilidade ao andamento do cumprimento das diversas metas que o Plano Nacional tem, com base em dados e informações de junho de 2006, sendo, portanto, preliminar. Destacou ainda que o desenvolvimento do PlanejaSUS, ao longo destes dois anos de trabalho do CTI, talvez seja um dos aspectos que mais tem animado o Comitê pela perspectiva que apresenta, tanto para o planejamento, quanto para a aplicação da informação para a gestão em saúde no País. Na oportunidade, a

representante da SPO/SE/MS, Aristel G. Bordini Fagundes, apresentou aos participantes da OTI a proposta de continuidade do CTI, com os seguintes propósitos:

- avaliação final do cumprimento do PNS 2004-2007;
- acompanhamento do processo de construção do PNS 2008-2011; e
- acompanhamento do processo de implementação do PlanejaSUS.

Embora a análise feita constitua um modelo básico para o monitoramento e avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – objeto básico do trabalho do Comitê –, a proposta da SPO é a avaliação final do PNS, haja vista o resíduo que o acompanhamento realizado identificou e apontou as possíveis causas e alternativas.

Por outro lado, como já abordado anteriormente, há um ano, as áreas de planejamento do MS, dos estados e de municípios têm concentrado esforços voltados à construção do PlanejaSUS, cuja regulamentação foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite no dia 9 de novembro de 2006. As perspectivas são muito boas, tanto em relação à construção do PNS para o próximo período, quanto para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Todas as recomendações em relação ao PNS estão sendo incorporadas.

A demanda de acompanhamento do próprio desenvolvimento do PlanejaSUS, por parte do CTI, deve-se ao caráter inovador e inédito desta iniciativa estruturante, com potencial para possibilitar um salto de qualidade, em termos de planejamento e informação para a saúde. Trata-se, portanto, de um aprendizado que está se dando na prática e de forma coletiva, num País com uma enorme diversidade. Além disso, as áreas de planejamento do SUS apresentam grande carência de recursos, de toda natureza. Dessa maneira, o PlanejaSUS precisa desse olhar crítico de avaliação e de toda a experiência que o CTI tinha e teve também por conta dos problemas que foram identificados.

A proposta de continuidade do CTI foi aprovada nessa 14ª OTI da Ripsa, assinando-se a importância da participação dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde – Conass e Conasems – no Comitê, tendo em conta o seu novo propósito de também acompanhar a implementação do PlanejaSUS.

## Comitê Temático Interdisciplinar: informação para a gestão do Plano Nacional de Saúde (CTI-PNS-Ripsa)

### Participantes:

1. Aristel Gomes Bordini Fagundes (SPO/SE/MS, Brasília)
2. Adolfo Chorny (Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro)
3. Álvaro Escrivão Júnior (Abrasco, São Paulo)
4. Celso Cardoso Simões (IBGE, Rio de Janeiro)
5. Dimas Martins Ribeiro (consultor da SPO/SE/MS)
6. Eduardo de Andrade Mota (ISC/UFBA, Salvador)
7. Francisco Viacava (CICT/Fiocruz, Rio de Janeiro)
8. Lindemberg Medeiros de Araújo (Datusus/SE/MS, Brasília)
9. Mozart de Abreu e Lima (Brasília)
10. Sérgio Francisco Piola (Ipea, Brasília)
11. João Baptista Risi Junior (Opas, Brasília)

## Esquema básico de trabalho do CTI-PNS/Ripsa

### Objetivo

Desenvolver modelos e instrumentos para o monitoramento e a avaliação do PNS, com vistas a subsidiar a sua gestão.

### Atividades

Análise do Plano Nacional de Saúde, com vistas à seleção de conteúdos de monitoramento e avaliação para a gestão do PNS.

Formulação de indicadores que permitam aferir a situação de saúde e suas tendências, bem como a gestão dos objetivos do Plano.

Identificação de mecanismos e instrumentos a serem utilizados no processo de gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Analisar os diversos sistemas de informação e bases de dados existentes, identificando suas limitações, potencialidades e alternativas.

### Produtos esperados

Relatório propondo as linhas de convergência e os eixos temáticos para a gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Matriz específica de indicadores, compatibilizada com os sistemas de informação e as bases de dados existentes, sugerindo formas de obtenção de informações ainda não disponíveis.

Metodologia para a produção de instrumentos de análise e tendências da situação de saúde e de gestão do Plano, destinada a orientar o processo decisório.

### Etapas de trabalho

Discutir o objeto do Comitê e as linhas para desenvolvimento de sua atuação, propondo as adaptações julgadas pertinentes.

Sistematizar as metas do PNS, com vistas à necessidade de informações para a gestão do Plano, identificando eixos prioritários de convergência e necessidades de um nicho nacional de gestão (por exemplo, as desigualdades geográficas e socioeconômicas merecedoras de estratégias diferenciadas de intervenção).

Identificar e desenvolver: (i) indicadores com informação disponível; (ii) modelos e métodos de construção de novos indicadores; (iii) modelos de análise e avaliação de dados e informações, identificando redes de apoio para a sua concepção.

## Resumo de algumas observações e comentários feitos pelos participantes da reunião de apresentação do relatório de trabalho do CTI-PNS/Ripsa, realizada em 18 de outubro de 2006

### *João Baptista Risi Junior*

Na avaliação preliminar que se fez do PNS, foram diversas as conclusões. Aponto aqui algumas que me parecem substantivas. Primeiro, chamando a atenção para o pioneirismo dessa iniciativa. Realmente, foi a primeira vez que o Ministério desencadeou um trabalho com tanta participação como este, o qual tem grande importância e potencial para o desenvolvimento do próprio setor, ao valorizar os conteúdos e os seus processos de acompanhamento, que são requisitos para o funcionamento do PNS. Esse Plano representou também uma oportunidade de revigorar o planejamento como ferramenta de gestão e de apoio do controle social das ações de saúde.

O Plano apresentava, obviamente, uma série de limitações que eram, em grande parte, inerentes ao próprio processo da sua elaboração, da sistemática adotada, que, por não ter partido de um marco lógico perfeitamente delineado, representou as visões institucionais específicas de órgãos internos do Ministério da Saúde, principalmente. Então, isso dificultava um pouco discernir aquilo que era às vezes puramente operacional, de outras questões de caráter mais estratégico.

Derivaram daí duas constatações principais. Uma de que o Plano em si, como documento, era menos importante que o processo que se estabeleceu, porque, a partir dele, seria possível aperfeiçoá-lo na perspectiva de implementar a sua execução. E, outra, a necessidade de se delimitar, dentro desse Plano, o que seria o núcleo nacional de ações, ou seja, as responsabilidades do governo federal. Essas serviriam de marco e de eixo para o desenvolvimento de ações nas demais esferas do SUS, necessárias para o alcance dos objetivos setoriais do Plano.

De acordo com a sistemática adotada na Ripsa, a atuação do Comitê pautou-se em um esquema básico – espécie de termo de referência –, que foi elaborado a partir das contribuições da Oficina de Trabalho inicial. Foram realizadas sete reuniões plenárias do CTI no período, com apoio de subgrupos que se dedicaram a tarefas específicas.

No decorrer do processo, as recomendações do Comitê eram operacionalizadas pela SPO, numa interação que se mostrou fundamental para o resultado final. A SPO fazia interlocução com as áreas do Ministério da Saúde, na medida em que havia necessidade de aprofundamento, de complementações ou de ajustes no próprio Plano. O CTI apresentou, à Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) da Ripsa, informes periódicos sobre o andamento dos trabalhos, tendo recebido contribuições e apoio a sua continuidade.

### *Eduardo Mota*

Como se depreende, a minha apresentação é parte do trabalho desenvolvido pelo CTI-PNS – relativo à análise de grau de cumprimento de metas do Plano Nacional de

Saúde –, e que foi bastante diverso. É importante reiterar que, durante todo o período de atuação do Comitê, o processo passou, até pelo seu próprio dinamismo, por uma série de ajustes, não só por conta da participação das diversas áreas técnicas do MS, como também pelo trabalho que a SPO promoveu, voltado à adequação de metas e ao refinamento de diretrizes e subdiretrizes. Tal trabalho buscou conferir visibilidade ao cumprimento dessas metas ao longo do tempo. Isso culminou no estabelecimento de matrizes que especificam aquilo que foi cumprido em 2004, o que foi cumprido em 2005, o previsto para 2006 e o programado para 2007. E foi com base nesses dados de “realizado”, “programado”, “previsto”, que fizemos uma avaliação de cumprimento de metas com os dados que se dispunham a partir da versão final dessas matrizes, em junho de 2006.

Essa análise teve a intenção de demonstrar ou de dar visibilidade a um Plano que é complexo, com pelo menos 225 metas e cerca de 30 diretrizes que envolvem todos os setores da administração em saúde no País e não somente no âmbito federal, pois se desdobram inclusive nas esferas estadual e municipal.

Finalmente, é importante ressaltar que se voltou, principalmente, ao desenho e aplicação de uma forma de acompanhamento, a mais sintética possível, de tal maneira que se pudesse ter uma ideia de conjunto do processo de cumprimento do PNS. Não que essa seja a única forma que se pode adotar para o acompanhamento do Plano Nacional, mas, certamente, é uma das que se pode usar para verificar, a cada recorte, a cada diretriz – e isso também poderia ser feito por objetivo ou mesmo por subdiretriz – como está o cumprimento daquilo que foi planejado a cada período e, claro, evidenciando a necessidade de repactuação, de reprogramação e de revisão das próprias metas, que é o objetivo da dinâmica de qualquer plano de saúde.

### *Agenor Álvares da Silva*

Em primeiro lugar, eu queria cumprimentar e agradecer aos membros do Comitê da Ripsa pelo trabalho realizado. Lembro-me quando esse trabalho com a Ripsa se iniciou – eu estava interessado na questão do Plano Nacional de Saúde pela visão da Anvisa –, e da reunião realizada aqui na Opas, a partir da qual foi proposta a criação desse Comitê. Na ocasião, a Ripsa colocou-se à disposição para, junto com a equipe de planejamento do Ministério, realizar o trabalho.

Acho que temos tido, nas experiências do nosso País, muitos planos de saúde, com funções das mais diversas possíveis. Alguns com a função apenas de cumprir uma formalidade burocrática que, depois, são colocados na gaveta, porque foi cumprida a meta de elaborar um plano. Quer dizer: tinham a função de não resultar em nada, de não servir para nada e não orientar nada. Depois de certo tempo, observou-se que isso passou a ser uma constante em várias instituições, em vários momentos que trabalhamos, inclusive no Ministério da Saúde. A função “planejamento” foi relegada a um plano secundário.

Para nós, o PNS tinha uma função que considero importante que um plano de saúde tenha: o de organizar o nosso trabalho, hierarquizar as nossas prioridades, definir quais são as metas que temos que alcançar. E o trabalho apresentado aqui deu

bem a dimensão do que é isso. Elaborar um plano por elaborar, hierarquizar as metas, definir quais são as metas, o que se tem que fazer, é fácil. O mais difícil é montar um sistema de avaliação, de monitoramento, de acompanhamento, para corrigir os rumos, apontar o que está sendo feito, o que está sub ou superdimensionado, apresentando à sociedade o que está acontecendo, buscando a discussão para as mudanças necessárias. Uma das lições que o planejamento tenta passar – e acho que precisa fazer – é a correção de rumos.

O plano não é estático, é dinâmico. Por isso, se não tivermos um bom sistema de monitoramento, de acompanhamento, de avaliação, tivermos a coragem de avaliar e de apontar o que tem que ser mudado, continuaremos a formular planos burocráticos para cumprir uma meta formal, que não resultarão em nada para o trabalho. O relatório aqui apresentado nos mostra isso. E, aí, entendo que surge outro fator importante, que gostaria de destacar, que é o trabalho feito pela equipe da SPO/MS, por intermédio da sua Coordenação Geral de Planejamento. Tenho a impressão que deve ter sido um trabalho difícil, porque busca organizar o processo de planejamento no Ministério.

Não tenho dúvida nenhuma: se quisermos ter um plano, se quisermos ter uma ação coordenada, precisamos planejar, fazer programação. E, para tanto, temos alguns instrumentos que exigimos – que existem no próprio Ministério da Saúde, que existem nas instituições – e que não se utiliza, não sei se por desconhecimento ou se por achar que são instrumentos secundários. Dispomos de dois instrumentos importantes no Ministério da Saúde. Um é a sala de situação, que estamos organizando – e o Secretário-Executivo fez questão de chamar todas as unidades do Ministério para uma reunião e mostrar que se trata de um instrumento importante para nos auxiliar na gestão de saúde. O segundo, que estamos também implementando de forma conjunta, é o centro de informação estratégica da vigilância em saúde, que é importantíssimo. Interligado 24 horas, o Centro está monitorando todos os eventos importantes de epidemiologia e vigilância em saúde em todo o País. São instrumentos simples, que foram desenvolvidos com serviço, tecnologia e conhecimento nossos, com a parceria da Academia, que deve fazer críticas e nos apontar como aperfeiçoar.

Muitas pessoas e setores ainda têm uma restrição grande ao planejamento. Talvez até pela dimensão que foi dada a ele nos últimos anos no Brasil, principalmente planejamento em saúde. Acho que agora o mais importante são as recomendações apresentadas, em especial a última, relativa ao PlanejaSUS que, para nós, é fundamental. Foi, talvez, a iniciativa que teve mais aceitação pelos gestores, tanto estaduais, quanto municipais. Talvez tenha sido a iniciativa que teve o maior engajamento no sentido de aperfeiçoar e de produzir um documento final, de uma proposta final, que fosse de serventia e de utilização por todos os gestores do SUS.

Assim como estamos trabalhando um Plano Nacional de Saúde, que foi difícil, estamos hoje, aqui, para avaliação das metas estabelecidas. Esse é um trabalho que temos que difundir, inclusive para todas as áreas do Ministério, apontando os problemas identificados, como as metas com baixo grau de cumprimento. Será problema de dado ou de formulação da meta? Algo ocorreu. As questões apontadas na análise apresentada

são sinalizações importantes. O acompanhamento e o monitoramento para nós é uma sinalização, é um alerta: “está acontecendo alguma coisa aí. Vamos ver o que está acontecendo, e o que pode ser feito”. Isso porque o monitoramento, a avaliação, não é só para mostrar os resultados bons.

Voltando ao PlanejaSUS, passado o impacto inicial e depois de ter lido a proposta, pude constatar que ocorreu exatamente o contrário, e tive oportunidade de ir a todas as três primeiras oficinas macrorregionais, até para mostrar isso. Para nós, o PlanejaSUS é tão importante porque, talvez, estejamos passando por um dos momentos mais cruciais do SUS, porque estamos mudando uma série de enfoques deste Sistema, como o próprio Pacto pela Saúde, nos seus três eixos – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. Se nós não tivermos sistema de planejamento que dê resposta, que nos mostre o que foi apresentado aqui, que nos indique a coordenação a ser feita, onde temos que monitorar, poderemos demonstrar externamente que não nos preparamos para enfrentar um desafio que é maior.

Atualmente, estamos discutindo no Ministério uma mudança substantiva na forma de repasse de recurso para os estados e municípios. Se não tivermos um sistema de planejamento organizado, monitorado, como poderemos mostrar para os órgãos de controle que a nossa prestação de contas dos recursos que repassamos para custeio, dentro da perenidade do Fundo Nacional de Saúde, tem que ser diferente.

Esse é o nosso segundo desafio. Estamos trabalhando agora o Pacto de Gestão, um desafio maior para o Ministério, que precisa se preocupar com ela, tem que se preocupar com o monitoramento e tem que se preocupar com a avaliação. Temos que avaliar mais os resultados, responsabilizar quem tem que ser responsabilizado, e separar bem o que é responsabilidade do que é responsabilização. Responsabilidade é aquilo que eu tenho que fazer; responsabilização é imputar alguém que não fez ou deixou de fazer: por omissão é um aspecto, mas por falta de conhecimento, e precisamos estar presentes para dar o apoio necessário.

### **Ayrton Galiciani Martinello**

Sinto-me muito feliz em estar aqui para discutir o Plano Nacional de Saúde e o PlanejaSUS, Sistema este que teve origem justamente nessa sala, na reunião em que trocamos ideias para a parte relativa à gestão, acompanhamento e avaliação do Plano Nacional. O PlanejaSUS é, de fato, uma construção coletiva permanente, com avanços e re-direcionamentos na medida em que o operacionalizamos. A atuação do PlanejaSUS tem como um pressuposto essencial o respeito e observância à diversidade de cada esfera de gestão do SUS. Então, o Sistema não é “uma camisa de força”, não tem um modelo único a ser adotado no País. Por se tratar de algo novo no âmbito do SUS, o Sistema de Planejamento defronta-se, a cada tempo e movimento, com novos desafios e perspectivas.

Atualmente, o desafio é a regulamentação do Sistema que, esperamos, seja pactuada na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite, no dia 9 de novembro. Outro desafio é concluir o levantamento sobre o perfil do planejamento no SUS. Estamos realizando uma pesquisa em todos os municípios, que foi lançada em meados do

mês de setembro passado. Com esse levantamento, tentaremos traçar o perfil das áreas de planejamento dos estados e municípios: a estrutura ou não existente, a disponibilidade de recursos humanos, as necessidades em termos de capacitação etc. Para tanto, solicitamos à Prof<sup>a</sup> Carmen Teixeira a construção de um modelo de capacitação, por exemplo, priorizando, de início, os estados e municípios de capitais.

O apoio à organização e desenvolvimento de ações de planejamento é também uma prioridade, que pensamos em viabilizar mediante a criação de um incentivo às áreas de planejamento dos estados e municípios. Por iniciativa do Ministro, está previsto para o ano que vem um incentivo específico para a organização das ações de planejamento.

De outra parte, a adoção e a formulação de instrumentos básicos do PlanejaSUS constituem um desafio enorme e urgente, visto que é, a partir disso, que o Sistema tem expressão concreta. Já finalizamos um guia básico para o PlanejaSUS que apresenta conceitos, estrutura mínima e orientações de processos para a elaboração de um plano de saúde, de uma programação anual e de um relatório de gestão. Esse guia vai ser trabalhado com estados e municípios. Cada estado vai trabalhar de forma a implementar o processo em seus municípios. Consideramos muito importante se dispor de um instrumento básico que possa ser utilizado, com as adaptações respectivas, por todos. A expectativa é de que esse guia seja lançado agora no final do ano ou, no mais tardar, no início do próximo ano.

Um desafio igualmente importante é promover a adequação da legislação no tocante ao planejamento. Já contamos com um estudo que levantou todo o arcabouço legal, analisou, apontou as inadequações existentes e formulou propostas de encaminhamento. O primeiro movimento em relação a isso já foi iniciado em relação à Portaria nº 548/2001, que trata de agenda de saúde, quadro de metas etc. Um segundo momento será a adequação do Decreto nº 1651/1995, relativo ao Sistema Nacional de Auditoria, e que trata de relatório.

### **Júlio Soares**

Estou responsável pela área de desenvolvimento do sistema e os serviços de saúde aqui internamente na Opas. Daí que esse tema, para mim e para a nossa área, é substantivo, excepcionalmente importante. Quero parabenizar e me convidar – eu me convindo – para ter uma aproximação maior, conhecer mais de perto, o PlanejaSUS. Parabenizo também o trabalho do Comitê, que realizou um trabalho que temos que aprender a fazer em todos esses processos.

Quando vi o Plano Nacional de Saúde pela primeira vez, fiquei assustado. Achei que era “imanejável”, com tantas metas, tantos objetivos. Contudo, depois de ver a avaliação, acredito que deu certo, mesmo com as limitações apresentadas. Resgato uma frase do Risi, que gostei muito: “Valorizar o processo, mais que o documento”. E é assim mesmo. Eu sinto que estão criando um valor fundamental, prioritário a esse tipo de processo, que são construções. São processos de capacitação. Quando se entra em um assunto desses, começa-se a socializar conhecimento, reflexões, debates, e isso, em si mesmo, é um valor, que vai além do documento e das tabelas de avaliação.

Gostaria de fazer uma única reflexão acerca das recomendações apresentadas pelo Comitê, que diz respeito à redução de cinco para três os recortes do Plano. Concorro com a redução, mas fico com uma preocupação: o primeiro era condições e serviços de saúde juntos; o segundo era gestão; o terceiro era intersetorialidade/determinantes. Considero excelente, inclusive, essa abertura em determinantes, gestão. Só fico preocupado com a junção de condições e serviços, por uma razão: as condições de saúde são resultados das três áreas, e não só da atenção. Parece-me interessante o argumento de junção do que está sob responsabilidade própria do SUS. Mas, ainda assim, acho que as condições de saúde são um produto que supera a capacidade de atenção do serviço. Não sei se é bom que fique no mesmo recorte; não tenho uma posição.

### *Mozart de Abreu e Lima*

Vou comentar o documento apresentado, o resultado de dois anos de trabalho. E o Ministro já sacramentou. Portanto, acho que o Ministério da Saúde deverá estar atento a essas recomendações, não só para segui-las, mas para aperfeiçoar o próprio processo.

Sobre o PlanejaSUS, eu gostaria de chamar a atenção para um ponto que, creio, não se pode abrir mão: no tocante à promoção da adequação da legislação, não esquecer de consultar uma doutrina sobre o planejamento como instrumento para a ação, que se consolida, se aperfeiçoa com a avaliação. Então, essa tríade de responsabilidades, quer dizer, um planejamento conduzido pela ação é um planejamento que termina num fogo falho: brilha, mas não tem constância, não tem permanência. A ação é que consolida as ideias de um plano. E a ação só pode ser dinâmica quando está associada ao processo de avaliação, não só o monitoramento.

Importante essa doutrina porque, mesmo considerando que cada esfera de governo deve ter o seu plano, é dever da União estimular um conceito próprio para que os outros entes que participam desse sistema federativo, que é o SUS, tenham as suas responsabilidades perfeitamente delimitadas e definidas. Sem a definição de responsabilidades, as ações se diluem. O exemplo específico disso é o PNS. Quando surgiu na sua primeira versão, com recortes, objetivos, muitas metas, não apresentava a definição objetiva dos problemas, o que configura o planejamento estratégico-situacional que, aqui, chamamos de planejamento. A partir dessa definição, devem ser analisados aqueles problemas que podem ser enfrentados, assumindo-se o que não temos a força de fazê-lo. Portanto, o problema tem que estar muito bem identificado, com um descritor ou descritores precisos, que configuram a sua relevância e dimensão. Isso precisa estar nessa doutrina. Um descritor bem produzido de um problema, conduz a uma boa especificação de metas. Sem problema bem escrito você se perde, porque são tão grandes e diversas as influências para caracterizá-lo, que se termina perdendo o foco. É importante precisão no ataque ao problema.

A questão específica da meta pré-qualifica a necessidade de indicadores. E, só através dela, é possível caracterizar indicadores. É preciso ter cuidado porque existem indicadores evidentes na solução daqueles problemas que a meta tentará resolver, e outros que fazem parte desse contexto e que têm a finalidade de identificar atividades, processos, projetos e, portanto, a ação específica. Isso precisa ser bem qualificado porque vai

redundar na relevância daquilo que se chama resultado, o qual é especificado com base no descritor e sua meta.

Outra questão básica é identificar que ação desenvolver para atingir o resultado. Um exemplo concreto é a mortalidade infantil e a continuidade da mortalidade infantil precoce: a primeira cai drasticamente, mas a outra sustenta o número. Ou seja: daqui a pouco, pode se reduzir os impactos da queda da mortalidade por inadequada ação nessa área. Esse é um problema que tem descritor específico, que é a permanência da mortalidade precoce sobre os demais indicadores relativos à questão da mortalidade infantil. Se se tem um indicador de resultados, é preciso saber como esse descritor irá variar através do tempo e das ações desenvolvidas. É preciso se dispor de indicadores específicos da própria ação a ser desenvolvida e monitorada, porque o seu acompanhamento mostrará o grau de aproximação ou não do resultado, assim como de sua influência sobre o resultado.

Tal procedimento, então, leva à questão específica do aperfeiçoamento do pré-natal. Vamos só transformá-lo em seis ou sete, dez consultas pré-natais? Mas como dar eficácia a essa consulta, como aprimorar o processo efetivo de assistir à comunidade naquilo que vai ser muito importante para o futuro da gestação, que é um filho saudável e que supere as barreiras do advento da vida. Esse processo começa desde o primeiro passo em que a criança sai do útero materno e começa a enfrentar a sua própria vida, as suas próprias resistências, as suas próprias ações. Depois, tem-se outra questão que é da atenção ao parto e ao puerpério imediato.

Isso exige medidas concretas que precisam ter indicadores precisos para avaliar. São indicadores que devem servir ao monitoramento, mas devem confluir também para o indicador geral de resultados: reduzir a participação dessa mortalidade na mortalidade do grupo infantil em seu conjunto. Isso ressalta a necessidade de uma doutrina de planejamento, que considere tais aspectos em cada nível. Claro que se deve ir até o município; há especificidades da ação muito maiores do que aquelas afetas à direção nacional do SUS, a qual requer uma visão mais estratégica, no sentido de apontar onde isso está ocorrendo e com mais frequência, os pontos em que essa mortalidade infantil precoce está contribuindo mais para a elevação da mortalidade infantil geral. A partir daí, então, chamar a atenção de estados e municípios para esse problema, de modo a enfrentá-lo, mediante estímulos específicos. Portanto, recomendo que essa questão da doutrina de planejamento seja objeto de preocupação.

### **Carlos Matos**

Trabalho na Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde. Não posso deixar de iniciar parabenizando a iniciativa e o trabalho realizado até aqui, assim como destacar um aspecto assinalado pelo ministro Agenor, que é a ótima receptividade desse processo nos estados e municípios. Na minha história de trabalho no Ministério da Saúde, uma das questões que sempre trabalhei diz respeito à indução, à implementação de políticas nos estados e municípios. Nesse trabalho de acompanhamento, o que observo é que há uma grande carência nas áreas de planejamento. Esse estudo que o Ayrton comentou, com certeza, mostrará isso.

E aí há carências de duas ordens: uma é a técnica mesmo, em que faltam recursos humanos para capacitar, assim como profissionais especializados para conduzir e usar todos esses instrumentos que já estão disponíveis e precisam ser melhorados. Outra questão que não se pode descartar é a política. Enfim, há uma carência muito grande, e tenho a absoluta convicção que será muito bom esse incentivo para a organização da área, de apoio e de indução a esse processo em estados e municípios. Evidentemente, como foi ressaltado aqui, não como uma camisa de força, não como uma regra geral, não como algo descendente e imposta.

Há outros pontos que eu queria abordar. A SAS trabalha com alguns instrumentos de planejamento que são muito densos, por exemplo, a Programação Pactuada e Integrada. Estamos fazendo um trabalho que, hoje, já é possível elaborar a programação a partir da unidade de saúde. A portaria do novo sistema que está sendo desenvolvido, muito provavelmente em janeiro ou fevereiro, será editada. Tem uma parte estratégica, uma parte situacional flexível, mas também uma parte normativa rígida, porque não se muda uma situação de uma hora para outra. Temos alguns problemas, evidentemente, porque uma das bases fortes para a PPI é a série histórica e a capacidade instalada, que acabam gerando algumas distorções e mantendo algumas situações que se quer corrigir.

Acho que esse tipo de discussão, esse tipo de situação deve ser incorporado nesse processo, porque é um instrumento muito importante. Estou falando aqui somente da atenção à saúde, porque se tomarmos a vigilância e outras áreas que têm esses instrumentos também veremos que a potencialidade de se agregá-los é maior ainda. Então, acho que esse tipo de discussão deve ser incorporado no âmbito desse trabalho, porque vai ajudar.

Outra questão que gostaria de sugerir, e acho que já está entre os aspectos enfocados no processo, relaciona-se ao orçamento propriamente dito. No ano que vem, teremos a elaboração do PPA, não só na esfera federal, mas estadual também. E esses instrumentos – com metas, objetivos e seus indicadores que estamos trabalhando – de alguma maneira precisam estar concatenados com os PPAs para 2008-2011 no processo de apoio e de indução dos estados e municípios. Assim, acho importante iniciarmos o debate acerca dessa questão, principalmente em nível de estado e município, porque temos hoje os Siops e alguns outros instrumentos de apoio, nos quais municípios e estados também são muito carentes.

Precisamos avançar também na melhoria dos instrumentos de avaliação que, no âmbito da SAS, também estamos tentando construir, para que consigamos aferir, com mais precisão, a efetividade e o impacto das ações em desenvolvimento. Ainda temos uma deficiência muito grande para medir se as nossas ações, de fato, estão atingindo aqueles objetivos, indo além da eficiência e da eficácia. Esse comentário que faço é no sentido de que consigamos evoluir para que o Sistema de Planejamento seja de fato resgatado. Essa cultura precisa ser construída, porque o planejamento tem, ao mesmo tempo, capacidade de enfrentar as sazonalidades, bem como as mudanças de gestores e de técnicos, que ocorrem no nível político nas três esferas de gestão. Quando se dispõe de

instrumentos mais consolidados, quer queira, quer não, eles são a referência a partir da qual terão que se debruçar e trabalhar.

### **Eduardo Mota**

Gostei muito das intervenções. Vou fazer comentários em dois blocos. O primeiro deles se refere, especificamente, a certas inconsistências ou incoerências que foram notadas no processo da análise do cumprimento das metas. Retomarei alguns aspectos do que foi apresentado, justamente para realçar onde estão alguns problemas, em que áreas eles se colocam, para pensarmos melhor o futuro. Um deles é o fato que, na matriz 1, estavam as metas que qualquer um de nós consideraria como as mais relevantes para o País na área da saúde. São 49. Entre essas, estavam todas as consideradas “metas presidenciais”, portanto, de interesse nacional. Pois bem, 16 dessas metas, mais especificamente 14, não foram consideradas na análise porque não tinham dados. E por que não tinham dados? Não tinha dados porque a área técnica não retornou com a informação. Isso é de uma significância, do ponto de vista político-institucional, muito especial, no meu entendimento.

Não posso considerar que, de 49 metas que o MS considera prioritárias, uma área técnica não tenha a informação há dois anos. Pode-se supor que: ou a meta não devia estar lá – e a área técnica decidiu, simplesmente, não cumpri-la – ou devia ter sido retirada ou reformulada, como muitas o foram pelas áreas técnicas. A situação nesse grupo considerado de mais alta prioridade era pior do que entre as 171 metas que não constavam em qualquer documento de prioridades. Por falta de informação. Isso é um grande desnível.

O outro aspecto está no próprio processo de formulação dessas metas. Acho que precisamos pensar, para o futuro, em como ajudar as áreas técnicas a formular as metas. Primeiro lugar, entendo que há uma enorme deficiência no processo de formulação. O que quero dizer com isso? De olhar a diretriz e as subdiretrizes, e dizer “bom, como é que eu posso transformar isso em uma meta factível, viável, e como eu registro as metas físicas a cada ano, de tal forma que um processo de monitoramento, de acompanhamento possa ser desenvolvido?”

A reflexão que decorre desse trabalho é que precisamos, no futuro ou para o futuro, fazer um reforço de capacitação mesmo, começando pelas próprias áreas do Ministério da Saúde, e certamente para estados e municípios, pois imagino que para a maioria a capacidade de formulação é ainda mais crítica. Contudo, é necessário que iniciemos nas próprias áreas técnicas do gestor nacional do Sistema uma capacitação específica de como traduzir diretrizes e subdiretrizes em metas que sejam razoavelmente viáveis, factíveis e para as quais se disponha de dados que permitam monitoramento, acompanhamento e avaliação. Sei que não é fácil fazer. Mas, a impressão que tive – e aí claro é absolutamente pessoal, sequer compartilhei isso no grupo – é que há também uma diferença enorme de, eu diria, importância que cada gestor de cada setor deu a esse processo. O que se pode ver claramente é que em setores nos quais o gestor considerou importante a formulação de metas e o seu acompanhamento, o resultado foi excelente. E em setores

em que o plano era, talvez, algo menos importante, os resultados foram menores, piores, ou sequer não informados.

Então, esse é um aspecto interno. Sob esse ponto de vista, que acho que se não for superado, vamos ter – certamente um próximo plano melhor – algumas das mesmas dificuldades que vivemos no passado. Contribuiu para isso, certamente, algumas mudanças que ocorreram ao longo desses dois anos em chefias, em coordenações, em posições que manejavam esse processo, e que, de repente, por causa destas mudanças, talvez tenha, de alguma maneira, enfraquecido um pouco o processo de registro. Todavia, ressalto ainda, e insisto: essas deficiências ocorreram, na verdade, na minoria dos setores, na minoria das metas que foram analisadas, o que a meu ver é um excelente sinal de que nos dois anos em que trabalhamos nisso houve um enorme progresso nesse processo. Acho que isso é visível.

O outro comentário que queria fazer é em relação ao que se colocou para as recomendações feitas. Qual é o porquê do recorte de serviços, condições de saúde. Isso também não compartilhei no grupo, mas acho importante colocar. Quando se olha essas 225 metas, eu diria que a maioria delas, talvez 2/3 sejam de natureza gerencial e administrativa, ou de atividades meio, ou de processo. E, nesse conjunto, tem de tudo. Tem, por exemplo, produzir e distribuir um milhão de cartilhas.

Ora, trabalhar um plano na direção de mudança das condições de saúde acho fundamental. Talvez a separação entre serviços, interpretado por muitos como atividades às vezes até burocráticas, que se entende que deveriam ser cumpridas para que algo mais aconteça e que, felizmente, em outra parte são serviços mesmo, significam ampliação de oferta, significam melhoria de acesso – o que é bom. Mas, deixar separado isso como estava, no meu entendimento, vai terminar por reafirmar ou cimentar a ideia de que serviço é uma coisa e mudança nas condições de saúde da população é outra.

A esperança que tenho é de que, ao ver as duas questões juntas, o gestor, em cada área do MS, possa ter o cuidado de ver se aquilo que está sendo proposto – em termos de processo, de produtividade, ou até mesmo de produção e questões gerenciais – tem algum reflexo sobre a mudança nas condições de saúde da população. Então, sob esse ponto de vista, acho que colocá-las juntas talvez seja uma maneira de induzir esse amalgama que tem que acontecer.

Tem outro aspecto em relação a isso que temos que examinar para o futuro, no meu entendimento: é tentar quebrar, cada vez mais, essa dualidade entre o que é assistência e o que é vigilância em saúde. Se o plano aprofundar esse fosso, não superaremos a noção antiga que ainda prevalece, de certa maneira: a assistência é uma coisa e a proteção e vigilância em saúde é outra, que algumas pessoas fazem ali no meio do corredor, que não se exatamente bem o que é. É nesse sentido que acho que esse processo de indução tem que caminhar. Essa é uma opinião minha e submeto a apreciação. Não sou planejador, sou epidemiologista.

### *Aristel Gomes Bordini Fagundes*

Inicialmente, respondendo à colega da ANS: é lógico que a meta pode ser aperfeiçoada porque, como se vê na coluna 2006 da planilha, os números referem-se a uma previsão para o referido ano, feita no mês de junho. Ainda estamos em outubro e a avaliação pretendida deve ocorrer ao final do Plano (2007). Então, está em aberto. Como o Eduardo falou, essa planilha foi e voltou várias vezes.

Entendemos que somente se consegue aperfeiçoar – pelo menos essa é a conclusão que nós, da SPO, chegamos – quando se apresenta o processo e seu resultado. E isso trago para o PlanejaSUS também: como disse o Mozart, a questão da doutrina é fundamental. Estamos trabalhando com os técnicos de estados e municípios na criação desse referencial, na criação dessa doutrina. Mas, temos consciência também que só vamos nos legitimar na prática. Porque as administrações têm os prazos definidos, têm os interesses políticos. Precisamos mostrar resultados concretos, sem esquecer, logicamente, a teoria, e buscaremos constantemente a academia.

De outra parte, gostaria de assinalar que o CTI conseguiu, em que pese todas as dificuldades, criar um modelo de avaliação. Na minha visão, conseguimos avançar muito desde o início do trabalho do CTI, que nos mostrou os problemas do PNS e indicou, também, várias alternativas. Creio que dispomos, agora, de um modelo excelente para fins de avaliação do cumprimento de metas. O que acontece, e ficou explicitado aqui, é de análise apurada do que se propõe para um plano. E, nesse âmbito da formulação, o CTI também indicou muitos caminhos. É no processo de identificação e explicitação dos problemas que se pode avançar. Então, o que pretendemos agora é que todos reavaliem a revisão que fizeram, sobretudo nas metas, confirmando ou reformulando o que foi previsto para 2006 e programado para 2007.

Particularmente, entendo que deveríamos solicitar a continuidade do trabalho do CTI, não só para nos ajudar a concluir a avaliação do PNS 2004-2007, aperfeiçoando até alguns aspectos do presente PNS, mas, sobretudo, acompanhando o próximo Plano Nacional, para 2008-2011, e, principalmente, desenhando o processo e caminhar, senão antes, mas pelo menos *pari passu*, com o processo do PPA. Como o colega da SAS já abordou aqui, a questão orçamentária, é sinalizador importante. O PPA foi subsídio importante para a construção desse PNS – e não podia ser diferente, pois lá está o recurso –, assim como foram os relatórios preliminares das conferências. Mas temos que nos esforçar para dispor de uma base de PNS para formular o PPA do setor saúde no ano que vem, e não ao contrário.

Então, acho fundamental não só continuarmos com o trabalho, embora a primeira encomenda ao CTI fosse o delineamento do modelo de avaliação para o PNS. Precisamos do apoio do CTI nessa empreitada até o final da avaliação do PNS 2004-2007, e, sobretudo, o acompanhamento, monitoramento da formulação do próximo PNS. Além disso, precisamos contar com o apoio do Comitê para o PlanejaSUS que, julgo, fundamental. Na condição de Sistema, buscamos fazer minimamente aquilo que é inerente às três instâncias, ou seja, aquilo que nos liga, aquilo que é base do PlanejaSUS. Precisamos

contar com esse grupo de especialistas nesse momento em que temos que nos apresentar de forma concreta, ter consequência prática.

### **Ayrton Galiciani Martinello**

Na questão das programações específicas, como a PPI, anteriormente citada, gostaria de esclarecer que já estamos realizando um trabalho neste sentido, em reuniões periódicas com as áreas técnicas, mesmo aquelas que não têm uma programação. O trabalho não visa unificar, mas sim integrar, de forma que tenhamos uma programação anual em saúde da esfera federal, com as áreas mantendo as suas específicas, de modo a atender as peculiaridades próprias. Essa programação anual de saúde integra, inclusive, a proposta de regulamentação do PlanejaSUS a que me referi, e que está em discussão no âmbito da GT de Planejamento da Câmara Técnica da CIT.

Seguindo a linha do que foi abordado anteriormente, é nosso propósito adiantar o processo de elaboração do novo Plano Nacional de Saúde, já com todas essas recomendações feitas aqui. Ficou claro que não podemos ter um plano com 225 metas. Acho que os recortes propostos dão a direcionalidade, explicitam algo que temos debatido, que é tentarmos romper com a fragmentação. Esses recortes podem nos auxiliar nisso. Então, a nossa intenção é que o processo do plano seja lançado, o mais rápido possível, para que tenhamos pelo menos a sua conformação geral, de modo a orientar o PPA, cujos prazos são definidos. Demos início também a discussões com o Ministério do Planejamento, cujos técnicos que trabalham com o setor tiveram a iniciativa inédita de ir ao MS para conversar conosco sobre as aberturas ou recortes do PPA, cuja lógica básica são programas e ações. Hoje, temos no PPA da saúde 33 programas que não têm uma ligação, e mais 255 ações, que é um outro problema. Então, acho que, se o plano de saúde der essa direcionalidade, podemos construir um PPA também factível de ser acompanhado.

### **Mozart de Abreu e Lima**

Queria caracterizar que, de fato, os recortes do Plano precisam ser mais reunidos. Entendo que não se pode separar serviços da condição de saúde. A condição de saúde é como se fosse algo maior, sobre a qual todas as ações desenvolvidas devem se pautar. Portanto, essa integração podia até ser mais generalizada, tentando contribuir para a quebra dessa dualidade de visões, como se serviço cuidasse de uma questão muito específica que o cidadão tem naquele momento. E, as outras, fossem zelar por tudo o mais de uma forma etérea. Não é assim. Na prática, o serviço tem que dar cumprimento à elevação da condição de saúde. E não o contrário. O serviço não pode ser alheio à melhoria da condição.

Assim, os chamados recortes são apenas uma forma de facilitar, organizar o processo de análise. Não são elementos constitutivos de um plano. Então, a junção de condições de saúde com rede é porque uma é decorrente da outra. É preciso fazer uma formulação em que a organização ou a adequação de redes ocorra segundo as necessidades da população e, portanto, das condições de saúde expressas. Compreendo até que estamos tão acostumados a tratar isso separadamente, que terminamos por influenciar a própria

formação médica e de outros profissionais, que acabam fazendo essa divisão, quando, na realidade, um médico ou outro profissional tem que ter esse compromisso com a condição de saúde da população.

Gostaria de chamar a atenção para a questão de descritores imprecisos, que levam a metas mal formuladas e, portanto, a indicadores também imprecisos. É preciso ter muito cuidado com isso; não se trata apenas de aceitar uma meta que o setor fornece. Um sistema de planejamento não pode aceitar, e deve colocar em discussão como ele formulou, e que outras questões estão ligadas. A revisão de metas é um processo contínuo, feito em conjunto pelos que estão monitorando a implantação do Sistema de Planejamento e aqueles que são responsáveis pela execução de atividades inerentes a este Sistema.

No setor saúde, não se dispõe da prática da intersetorialidade. Temos o SUS, que é um sistema tipicamente federativo, com elevada responsabilidade intersetorial que não aparece, porque não há organização interna no Ministério da Saúde para isso. Temos a tripartite e as bipartites, mas não temos formas que nos permitam relacionar com o Ministério do Trabalho, com Ministério da Previdência, com o Ministério do Meio Ambiente, com o Ministério das Cidades etc.

Então, um pouco da proposta do recorte de determinantes/condicionantes visa possibilitar o repensar da questão dessa organização, com composição intersetorial. Claro, há um fator importante nisso tudo. Existem determinadas atribuições legais, do SUS e na Constituição, que são atribuições específicas da direção nacional. É difícil qualificá-las em recortes. Algumas são possíveis, outras não. Então, é necessário que se cumpra o estabelecido na Constituição e na Lei Orgânica, que seria o plano estratégico da direção nacional, orientando as relações.

Vamos supor: com relação a organismos internacionais, bilaterais, de cooperação técnica e financiamento, onde apareceria isso em um plano? As relações com o Banco Mundial, com o BNDES, onde estão? Como o Ministério articulará para obter recursos muitas vezes necessários para antecipação de sua atuação e de suas metas? Sugeri à SPO um recorte do plano que tratasse dessa ação estratégica do SUS. É quase que uma introdução, na qual o Ministério se disponha a informar como pretende fazer essa negociação. Isso precisa estar escrito, definido.

Há outros tipos de relações. Os grupos que atualmente estudam o genoma, células-tronco, DNA. Onde está isso? Isso se perde quando não se tem um afã estratégico da direção nacional, que é a quem compete isso, estabelecendo, até como orientação às demais esferas de gestão do SUS – que são os estados e municípios –, como será a articulação com os seus parceiros intersetoriais.

### **Ângela Montefusco**

Gostaria de fazer uma consideração que, na verdade, é mais uma contribuição. Trabalho na área de planejamento já há algum tempo, e tenho uma atenção especial na questão da avaliação, que entendo primordial. São poucas as iniciativas, os momentos que desfrutamos dessa oportunidade de ter propostas em planejamento, com foco em

processos de avaliação. Acho que é algo que precisamos fortalecer em todas as iniciativas na área. Nesse sentido, acho importante o acesso a todo o processo metodológico e ao conteúdo dessa avaliação que, creio, podem colaborar muito para o desenvolvimento das áreas, inclusive.

Como bem assinalado aqui, o processo é mais importante do que o resultado agora apresentado, que pode ter uma série de vieses. Não vou ficar na defesa dos indicadores colocados. Enfim, estão inseridos. Seja no processo de construção, seja no processo de envio da informação, algum hiato houve que, de certa forma, a informação está posta. Mas acho que temos que afinar essas questões e, principalmente, refletir sobre o processo de construção, que é o que vamos fazer, sinalizando e contribuindo para a sua melhoria no próximo plano.

Não posso nem repassar a responsabilidade porque fomos nós que, de certa forma, construímos esse plano e os indicadores colocados foram feitos pela nossa área. Na verdade, a tentativa que talvez tenha causado algum viés é porque fizemos um processo de reflexão e revisão dos indicadores que estavam colocados desde o início, buscando alinhar com o PPA. Alguns aspectos que estão aqui colocados figuram como metas no Plano Nacional de Saúde e, no PPA, como indicadores. Nós, que lidamos com planejamento, temos que ter em mente, desde o início da elaboração de um processo, a questão dos indicadores que possibilitarão a avaliação das metas.

### ***Jonice Maria Ledra Vasconcellos***

Acho que o CTI foi muito feliz nas suas recomendações, decorrente do seu processo do trabalho, que foi extremamente interessante. É importante lembrar que foi a primeira vez que se fez um plano no nível federal, em um momento que, embora já tivéssemos começado a formulá-lo em outubro, já tínhamos concluído o PPA. Portanto, partimos dos objetivos setoriais do PPA, que já fazíamos a crítica, mas que não tínhamos modificado. De outro lado, o Plano Nacional de Saúde representou exatamente o Ministério da Saúde 2003. As suas visões, a sua forma de ver o SUS, as suas prioridades e as suas fragmentações. Não tenho dúvida: aprendemos muito com esse processo.

O trabalho do CTI merece ser replicado, parabenizado e ser copiado. Por quê? Quando a gente falava de planejamento, só se referia a plano. Nesse momento, concretizamos o plano, o monitoramento e a avaliação. E o que fez o CTI? Em um primeiro momento, fez uma releitura do PNS e mostrou a sua fragmentação; na condição de SPO, não podíamos modificar, porque todas as áreas precisavam se ver lá. Então, o CTI fez uma releitura, buscando a lógica, a coerência entre objetivos, diretrizes e metas, e evidenciou que algo precisava ser revisto. Depois, identificou critérios para a definição de prioridades e os aplicou. Lembrem-se que as iniciativas prioritárias do governo ocorreram em janeiro de 2004 e o Pacto pela Saúde, no início de 2006, resultante, obviamente, de uma série de discussões.

Então, primeiro, cabe destacar a atualidade, a coerência com o que é prioridade, e ratificar a questão da definição do problema. Se for mal definido, não se tem claro o indicador, a meta, e a ação, a qual deve estar na programação que faz a cada ano, para

estabelecer não só a proposta qualitativa, mas a quantitativa, que é o mais importante quando se elabora esta programação anual.

Destaco como outro ponto do trabalho do CTI as recomendações, estabelecendo precisamente uma proposta de novo recorte, que é para o próximo PPA e, não somente, para o Plano Nacional de Saúde. Isso porque se, antes, o Plano Nacional de Saúde se baseou no PPA, agora nós podemos dar um norte para o PPA. Nos recortes propostos há uma coerência com o processo saúde/doença. Não vou discutir a proposta, se é condições de vida, se é intersetorialidade, se é qualidade de vida. Acho que não cabe agora, porque isso é um processo que temos que discutir dentro do Ministério da Saúde, com os técnicos e planejadores que lá estão. Se falo que é um processo de ensino/aprendizagem, e foi, vamos continuar nele. Precisamos, como já colocado aqui, capacitar as pessoas. Aprendemos, mas precisamos discutir ainda mais, e entendo que o PlanejaSUS é a saída que temos. Entendo que é necessária uma reflexão em relação a esse recorte de modo que, quando as orientações de elaboração do PPA chegarem ao Ministério da Saúde, a SPO já disponha de uma proposta para discutir com os novos dirigentes. Temos que trabalhar com a realidade, com fatos.

Outra questão importante é a integração e a coerência com os PPAs estaduais. Ora, todos sabemos que o PPA do nível federal não se integra com os PPAs estaduais, porque são feitos de forma independente. Aqui está novamente o PlanejaSUS que, no momento, discute o plano estadual, o plano municipal. Então, se nós estivermos discutindo o Pacto, o que acontecerá com esses PPAs estaduais? Não tenho dúvida será outro PPA. Repito que a questão da capacitação é fundamental dentro do PlanejaSUS. Acho que precisamos promover cursos de capacitação a distância. Entendo que podíamos começar com questões mais simples, que tenham mais abertura, que possibilitem mais acesso.

Para concluir, gostaria de enfatizar que precisamos discutir mais o método e o processo. De fato, quando estávamos discutindo o PlanejaSUS, apareceriam questões como: objetivos devem vir antes ou depois de diretrizes. Vêm antes políticas ou outra coisa. Há muitas dúvidas. E é um eterno aprender. Tenho certeza que o próximo Plano Nacional de Saúde, por conta do CTI, vai ser outro plano. E o próximo PPA também, porque o Ministério do Planejamento também aprende conosco, e a gente precisará fazer uma proposta nova.

Dentro do Ministério da Saúde, muitas pessoas não deram importância, no primeiro momento, ao Plano. Mas, agora, já estão vendo com outro olhar. Temos que realmente agradecer ao Ministro que, como Secretário-Executivo e como Ministro, acreditou no Plano e no PlanejaSUS, que dará o norte para um bom processo de planejamento.

### **João Baptista Risi Junior**

Acho que tivemos uma boa reunião. Atingimos, no meu ponto de vista, aquele objetivo inicial, que era socializar essa experiência no sentido de consolidar algumas posições para a continuidade desse processo, que é o fundamental. Creio que o trabalho realizado, que amadureceu ao longo do tempo, trouxe uma experiência muito grande, que ajudará a instrumentalizar o novo plano e um novo processo de avaliação.

Acredito que, nessa instrumentalização, temos que considerar não só as questões apresentadas pelo CTI. Quer dizer, precisamos dispor, de antemão, de algumas indicações das áreas que fazem o planejamento, capazes de assegurar certos critérios mais ou menos uniformes de elaboração do plano, mas também muitos aspectos que surgiram dessa reunião. Cito, por exemplo, a questão da doutrina do planejamento e como essa consolidação do processo pode se firmar mais com a configuração do problema, dos descritores etc. Talvez essas questões possam ser mais trabalhadas em conjunto com as áreas técnicas para aperfeiçoar o próximo Plano Nacional de Saúde. Então, acho que essa reunião teve esse caráter de grande oportunidade também, por estar, inclusive, no final de gestão, em que estamos não esperando as coisas acontecerem, mas nos organizando para o futuro.

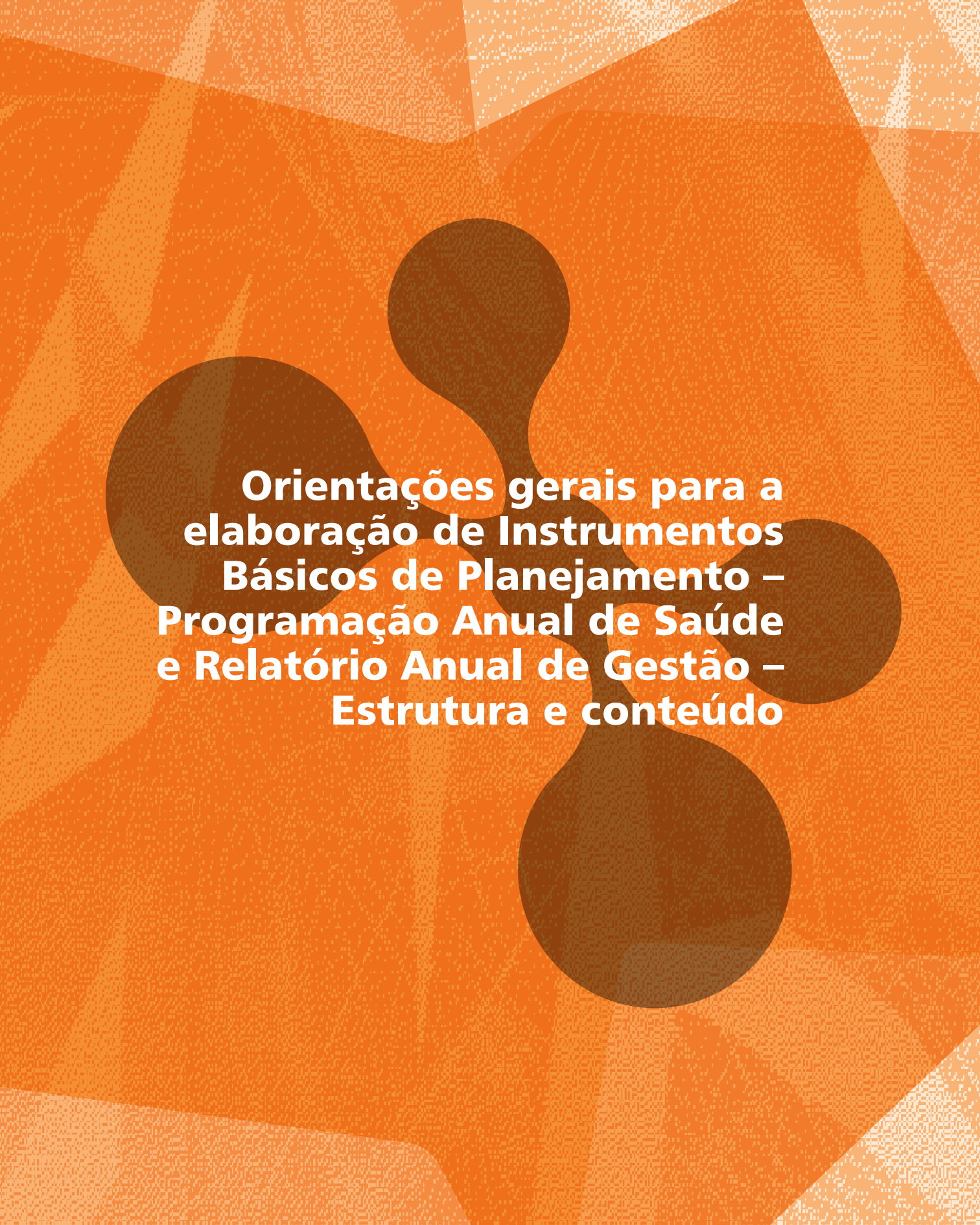
Finalmente, gostaria de dar uma notícia também da evolução do processo da Ripsa, porque esse trabalho do CTI é um elemento trabalhado no âmbito desta Rede. Existem várias outras linhas de trabalho, vários outros comitês. E, um deles, que considero fundamental, inclusive para fortalecer esse processo do planejamento, é a busca de uma metodologia de análise dos indicadores que construímos ao longo destes 10 anos da Ripsa, no sentido de produzir informes para orientação, ajuda, subsídios aos gestores do sistema de saúde.

Então, estamos começando agora um processo muito cauteloso, porque é uma experiência, que não se dispõe, de produção de informes de orientação voltados para a gestão, porque o que formulamos, geralmente, são específicos, com caráter muito técnico, acadêmico às vezes, de pouca utilização pelos gestores. É essa linha de trabalho que começou este ano, que tende a se aprofundar em 2007 e que, acredito, reforçará muito essa iniciativa.

### *Jose Antonio Escamilla*

Há pouco foi mencionado que aprendemos continuamente. Dentro da grandeza que é o Brasil – um país com muitas experiências e com as peculiaridades que tem –, quero dizer que para a Opas, que também tem uma certa responsabilidade na interação com outros países das Américas, é um aprendizado constante, diário. Então, vocês podem ter certeza que todas essas experiências, esses debates são um aprendizado. Muitos países estão passando por essa problemática, tentando aprimorar todos os processos de monitoramento, de avaliação, de todo o planejamento.

Como mencionado, o uso de informação para a gestão é um desafio, pois temos que transmitir ao gestor, de uma maneira clara e concisa, um conhecimento epidemiológico que é às vezes bem complexo para ele, mas que ele precisa para gerir adequadamente o sistema de saúde. É um desafio que vai além do Brasil: muitos países estão nesse processo. Para, nós, também, esse trabalho foi aprendizado, que servirá para outros países e para seus próprios sistemas de saúde. Então, eu agradeço também por essa oportunidade, a qual temos acompanhado. Parabens, novamente, todos os colegas do CTI por esse excelente trabalho, primoroso para a saúde do Brasil.



**Orientações gerais para a  
elaboração de Instrumentos  
Básicos de Planejamento –  
Programação Anual de Saúde  
e Relatório Anual de Gestão –  
Estrutura e conteúdo**



## Introdução

O planejamento configura-se processo estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS -, cuja importância e potencialidade têm sido crescentemente reconhecidas, em especial nos últimos anos. Os avanços alcançados na construção do SUS e os desafios atuais exigem, todavia, a concentração de esforços para que o planejamento possa responder oportuna e efetivamente às necessidades deste Sistema e às demandas que se apresentam continuamente aos gestores. Tais esforços devem se traduzir, na prática, na implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, na conformidade dos princípios e diretrizes que regem o SUS.

No esforço de implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), empreendido pelo Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão têm sido continuamente debatidos, principalmente no tocante a processos de formulação e a estruturas básicas. Tais debates explicitam principalmente a importância e a necessidade de que esses instrumentos contribuam para a melhoria/aperfeiçoamento da gestão e das ações e serviços prestados à população, favorecendo também a participação e o controle social. Em síntese, são ressaltados como requisitos desses instrumentos:

- clareza e objetividade (esta última, sobretudo, nos instrumentos anuais);
- unidade nos conceitos de seus elementos constituintes; e
- estrutura básica, passível de aplicação e adequações pelas três esferas, segundo peculiaridades de cada uma.

Particularmente no tocante a processos contínuos de planejamento, é importante assinalar o seu caráter técnico-político, articulado aos princípios da universalidade, integralidade e equidade na definição de ações e serviços e à diretriz da direção única em cada esfera de governo na operação do SUS.

Para a efetivação do processo de descentralização, é indispensável que cada instância do SUS disponha do seu Plano de Saúde - operacionalizado pelas respectivas Programações Anuais - a ser avaliado continuamente, com o seu resultado expresso no correspondente Relatório Anual de Gestão.

Em outras palavras, isso significa que o Relatório Anual de Gestão imprime caráter dinâmico ao Plano de Saúde e realimenta, desta forma, o processo de planejamento. Esse Relatório deve indicar os eventuais ajustes que se fizerem necessários no Plano e, ao mesmo tempo, orientar a elaboração da Programação Anual de Saúde subsequente.

Isso posto, cabe concluir que o processo de planejamento deve ser implementado tendo em conta a estreita articulação e interdependência desses instrumentos básicos, influenciando a definição de políticas e de recursos globais. Além disso, vale reiterar que Plano, Programação e Relatório se relacionam diretamente com o exercício da função gestora em cada esfera de direção e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão. Configuram, enfim, instrumentos que dão visibilidade às responsabilidades do gestor.

## Conceitos

Na conformidade da regulamentação do Sistema de Planejamento do SUS e das orientações gerais acerca dos seus instrumentos, pactuadas na CIT e aprovadas pelas Portarias Nº 3.085/GM e Nº 3.332/GM, ambas de 2006, “o **Plano de Saúde (PS)** é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS” (BRASIL, 2006c, 2006d). Segundo a Portaria 3.332/GM/2006 (BRASIL, 2006d) citada, o Plano “apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (§1º do Art.2º).

O PS é a base, portanto, para a definição e a implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde. Ou seja: é a referência para os processos de planejamento regional e formulação de programações, projetos, entre outros. Assim, deve ser valorizado como o instrumento central de planejamento, sendo necessário que todas as iniciativas estejam nele contidas, a partir dos seus diversos componentes. Trata-se, enfim, de instrumento no qual precisam estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, constituindo referencial para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. Ressalte-se que os Termos de Compromisso de Gestão devem ser construídos em sintonia com os respectivos Planos de Saúde (BRASIL, 2006b).

No tocante a sua elaboração, o PS compreende dois momentos: (I) o da análise situacional; e (II) o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. Na análise situacional e na formulação dos objetivos, diretrizes e metas, são propostos os seguintes eixos:

- condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e
- gestão em saúde.

Os **objetivos** expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados; **diretrizes** indicam as linhas de ação a serem seguidas. As **metas** são as expressões quantitativas de um objetivo.

Por se tratar de instrumento técnico-político, a elaboração do PS deve ser feita de forma participativa, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde. Ao Conselho de Saúde respectivo, cabe aprovar o PS. Ressalte-se que, ao final da vigência de um Plano, é necessária a realização de uma avaliação geral, dada a sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão e a efetividade dos serviços e das ações desenvolvidas, contribuindo assim para a consolidação do sistema de saúde.

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** é “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS” (BRASIL, 2006d) e o **Relatório Anual de Gestão (RAG)** “o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários” (BRASIL, 2006c, 2006d). Esses resultados constituem o

cerne do RAG que, portanto, deve ser elaborado na conformidade da PAS e indicar os ajustes necessários no PS.

Como instrumento que operacionaliza o Plano, a PAS deve conter a definição:

- das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do PS;
- das metas anuais pretendidas; e
- dos recursos orçamentários necessários.

As ações e metas anuais estabelecidas serão utilizadas para o monitoramento e a avaliação da PAS, cujo elenco contemplará aquelas constantes do respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG), inclusive as prioridades do Pacto pela Saúde. Cabe assinalar que 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 PS.

Por sua vez, o RAG estabelece uma correlação entre as metas, os resultados obtidos e os recursos utilizados, que serão sistematizados e divulgados, fornecendo subsídios para a tomada de decisão e contribuindo para a visibilidade da gestão. Representa também uma demonstração do que se alcançou em relação ao que está explicitado no PS, além de ser um instrumento que viabiliza o controle social. Os resultados alcançados serão apresentados a partir das ações e metas definidas na PAS, entre as quais as constantes do TCG.

Como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o RAG deve permitir igualmente a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, subsidiando as atividades dos órgãos de controle interno e externo. No caso dos recursos federais, segundo a Portaria Nº 204/GM/2007 (BRASIL, 2007b), 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 mediante relatório de gestão.

Os três instrumentos, como ratificam os conceitos anteriormente destacados, são interdependentes e articulados, o que inviabiliza qualquer esforço voltado a trabalhá-los isoladamente, até porque são partes consecutivas e contínuas de um mesmo processo, que é o planejamento. É oportuno lembrar que o processo unificado de pactuação de indicadores do Pacto, realizado pelas três esferas de gestão do SUS, possibilita a inserção de indicadores estaduais e municipais, mediante o estabelecimento de novas prioridades, de acordo com a realidade correspondente. Vale lembrar que o TCG deve manter coerência com o PS.

É oportuno reiterar, igualmente, que o Plano de Saúde, a respectiva Programação Anual e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos interligados, consequentes, que resultam do processo de planejamento que se busca construir no SUS, sob a forma de uma atuação sistêmica. Ressalte-se mais uma vez que as PAS e os RAG precisam ser instrumentos objetivos, práticos, conformados de modo a facilitar o rápido e adequado entendimento. Constituem-se assim ferramentas que devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via de consequência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

## Planejamento e Pacto pela Saúde

Como já assinalado na introdução deste documento, o Pacto pela Saúde, objeto da Portaria N° 399/GM/2006, inaugurou uma nova etapa no esforço voltado a qualificar a relação federativa entre os gestores do SUS. Entre as suas diretrizes no tocante à gestão, estão a organização e a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, definido como a “atuação articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão” (BRASIL, 2006a).

É importante lembrar, assim, a inter-relação existente entre o processo de planejamento e o processo de adesão e implementação do Pacto pela Saúde. Tal interface é especialmente relevante ao se considerar os instrumentos que conferem visibilidade aos seus respectivos processos.

Como processo, a adesão ao Pacto pela Saúde se traduz na elaboração e pactuação do Termo de Compromisso da Gestão (TCG) respectivo. As medidas necessárias à execução e cumprimento dos compromissos firmados no TCG devem, por conseguinte, estar contempladas no Plano de Saúde, desdobradas na correspondente Programação Anual de Saúde (PAS) e avaliadas no consequente Relatório Anual de Gestão.

Vale lembrar que, conforme estabelece o §2º do Art. 3º da Portaria N° 3.332/GM/2006 (BRASIL, 2006d), a PAS congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica aqui proposta - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

## Proposta de conteúdo e de estruturação

Como instrumentos interdependentes e contínuos, o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão têm por finalidade, em síntese:

- apoiar o gestor na condução do SUS em sua respectiva área de abrangência, de modo a alcançar efetividade na atenção à saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
- possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;
- apoiar a participação e o controle social; e
- subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria.

Isso posto, cabe sistematizar alguns aspectos essenciais desses instrumentos, já comentados anteriormente, a saber:

- a formulação de qualquer um dos instrumentos básicos deve considerar, necessariamente, o conceito e a finalidade de cada um que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o processo contínuo de planejamento;
- a estrutura da PAS e do RAG decorre do PS, não comportando análise situacional, que é um dos momentos específicos do processo de construção do respectivo Plano;

- o PS deve orientar a definição do Plano Plurianual (PPA);
- o TCG deve manter sintonia e ser coerente com o PS;
- a PAS e o RAG, como instrumentos anuais, apresentam estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e o segundo, analítico/indicativo; e
- ambos devem, assim, ser o mais objetivos possível.

Nesse sentido, são propostos como **elementos constitutivos da PAS**:

- **identificação** da esfera de gestão correspondente;
- **ato do Conselho de Saúde** respectivo que aprovou o PS;
- os **objetivos, as diretrizes e as metas** do PS, sendo recomendável que a sua apresentação observe os eixos adotados no Plano (condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde);
  - as **ações e metas** que, no ano correspondente, deverão ser desenvolvidas com vistas ao alcance dos objetivos e das metas plurianuais do PS, segundo as diretrizes contidas no Plano;
  - os **recursos orçamentários** previstos, especificando a sua origem (orçamento próprio, Fundos de Saúde, convênios etc.), sobretudo dos estados e municípios;
  - a **área responsável** pelas ações e/ou metas; e
  - as **parcerias** estabelecidas ou a serem buscadas.

No item **Proposta de Estrutura da Programação Anual de Saúde (PAS)**, página 202, está apresentado um quadro sugestivo com os elementos constitutivos da PAS.

Para o **RAG**, são propostos como **elementos constitutivos**:

- os **objetivos, as diretrizes e as metas** do PS, sendo recomendável que a sua apresentação observe os eixos adotados no Plano (condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde);
  - as **ações anuais** definidas - e não definidas - na PAS, as metas previstas e alcançadas;
  - os **recursos orçamentários** previstos e executados;
  - as **observações** específicas relativas às ações programadas, que se fizerem necessárias;
  - a **análise da execução da PAS**, a partir das ações - programadas e não programadas - e metas estabelecidas, explicitando os resultados obtidos; e
  - as **recomendações**, tanto para a PAS do ano seguinte, quanto para eventuais ajustes no PS.

Considerando que o RAG deve ser aprovado no respectivo Conselho de Saúde, sugere-se que o documento de aprovação seja anexado a ele.

Em termos de **organização** do documento que representará o **Relatório Anual de Gestão**, sugere-se como estrutura:

1. **Introdução**, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente; ato ou reunião que aprovou o respectivo Plano de Saúde; e registro de compromissos técnico-político julgados necessários, entre os quais o Termo de Compromisso de Gestão e as suas prioridades (no máximo em três ou quatro parágrafos);

2. Quadro sintético com o **demonstrativo do orçamento** (recomenda-se a apresentação do quadro constante do documento encaminhado ao respectivo Tribunal de Contas, elaborado segundo definição legal);
3. **Quadros com os elementos constitutivos do RAG**, acima identificados (conforme modelo proposto no item **Proposta de Estrutura do Item 3 do Relatório Anual de Gestão (RAG)**, página 203;
4. **Análise da execução da PAS**, com a avaliação do alcance das ações e metas no ano e a sua correspondência com os objetivos do PS; explicação acerca de eventuais mudanças ocorridas no cumprimento das ações e metas; avaliação do cumprimento dos compromissos contidos nos pactos interfederativos e outros estabelecidos no nível local, como o TCG (como na introdução, a proposta é de que essa análise seja sintética); e
5. **Recomendações** relativas à PAS do ano seguinte e eventuais ajustes no PS, com a explicação das razões para tal.

O conteúdo apresentado nesta sexta parte desta publicação é resultante de pactuação tripartite que culminou com a edição da Portaria N° 3.176/GM/MS (BRASIL, 2008b), de 24 de dezembro de 2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (ver item Portaria N° 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, página 204).

### 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)<sup>1</sup>:

**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	Área responsável	Parcerias
Ações	Metas				

\* Devem incluir aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.

<sup>1</sup> Esse cabeçalho e o quadro serão repetidos tantas vezes quanto for o número de metas do PS.

Obs.: é recomendável que os objetivos, diretrizes e metas do PS sejam apresentados segundo os eixos adotados: condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde.

### Proposta de estrutura do item 3 do Relatório Anual de Gestão (RAG)<sup>2</sup>

**Objetivo** do Plano de Saúde (PS)<sup>3</sup>:

**Diretrizes** (do PS para o alcance do objetivo):

**Metas** (do PS para o alcance do objetivo destacado):

### Quadro – Demonstrativo da execução das ações anuais

Ações anuais*	Metas anuais (conforme constante da PAS)		Recursos orçamentários		Observações específicas
	Prevista	Realizada	Previstos	Executados	

\* Devem incluir aquelas constantes do Termo de Compromisso de Gestão.

Obs.: é recomendável que os objetivos, diretrizes e metas do PS sejam apresentados segundo os eixos adotados: condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde; e gestão em saúde.

<sup>2</sup> Como mencionado, os demais itens constituintes do RAG são: a introdução, o quadro demonstrativo do orçamento, a análise da execução da PAS e as recomendações.

<sup>3</sup> Esse cabeçalho e o quadro serão repetidos tantas vezes quanto for o número de metas do PS.

## Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008

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, 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 suas 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 de suas respectivas PAS.

§ 1º 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 constantes do artigo 3º;

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.

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;

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, 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 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 da Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008.**

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

ESTADO:

Cód. IBGE:

MUNICÍPIO	Relatório de Gestão apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde	Relatório de Gestão em análise pelo Conselho Municipal de Saúde	Sem informação

Local e data:

Assinatura do coordenador da CIB:

Assinatura do Presidente do Cosems:





**Perfil da Atividade de  
Planejamento no SUS  
Resultado da Pesquisa –  
Esfera municipal**



## Introdução

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) ampliou a responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde por meio da universalização do direito do cidadão e da integralidade da atenção à saúde. Para corresponder à amplitude desse empreendimento, se fez necessária a adoção de estratégias capazes de promover máxima eficiência ao processo de gestão. Nesse sentido, a atividade de planejamento assume papel fundamental na racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica inscrita na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Num contexto social, político e econômico, o planejamento passou a ser tratado como importante mecanismo para conferir eficiência à gestão descentralizada, funcionalidade das pactuações e emprego estratégico de recursos. Um potente instrumento que colabora, plena e efetivamente, para o funcionamento sustentado do SUS.

Com esse intuito, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), cuja regulamentação foi aprovada em 9 de novembro de 2006 pela Comissão Intergestores Tripartite. Esse sistema constitui-se em uma forma de atuação articulada, contínua, integrada e solidária entre as três esferas de gestão, o que creditou à atividade de planejamento uma participação técnica mais efetiva nas decisões políticas dos gestores.

Uma das providências centrais voltadas à implementação do PlanejaSUS foi o mapeamento da atividade de planejamento, nas três esferas administrativas, para a consolidação de informações que permitissem o conhecimento da estrutura disponível e da sua inserção no processo de gestão do SUS. O resultado desse trabalho é agora divulgado neste documento, que disponibiliza informações da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde com a finalidade de traçar o perfil da operacionalização da atividade de planejamento no SUS.

Estas informações permitem a identificação de padrões de inserção do planejamento no SUS em níveis municipal, estadual e federal. Por meio da enquete, foi possível investigar a segmentação do planejamento sob os aspectos caracterizadores de sua eficiência e efetividade. No entanto, os resultados aqui apresentados resumem um leque mais amplo de possibilidades do conhecimento dessa área de atuação. São apresentadas apenas algumas variáveis de abrangência regional, analisadas de forma simples e objetiva, embora muito representativas, para fornecer um perfil da atividade de planejamento no SUS em nível regional.

Outras análises mais detalhadas já foram encaminhadas às Secretarias Estaduais de Saúde. Foram também enviados os bancos de dados coletados a fim de permitir o desenvolvimento de estudos mais focados na esfera local. Brevemente, outro caderno desta série apresentará resultados referentes às esferas estaduais e federal do SUS.

A iniciativa reveste-se de importante contribuição para a fundamentação de uma atuação sistêmica capaz de fornecer bases para reflexões sobre a sua operacionalização em todos os seus segmentos: o planejamento, o monitoramento e a avaliação das intervenções no âmbito do SUS.

## Objetivos

### Geral

Obter informações que permitam caracterizar o desenvolvimento da atividade de planejamento no SUS, em nível federal, estadual e municipal.

### Específicos

1. Conhecer as condições de infra-estrutura física, tecnológica e de suprimento logístico disponível à atividade de planejamento nas três esferas de gestão.
2. Conhecer a disponibilidade de pessoal, nível de formação e de capacitação dos recursos humanos em atuação nas áreas de planejamento das três esferas de gestão.
3. Conhecer as expectativas do pessoal em atuação na área de planejamento, nas três esferas de gestão, a respeito de suas expectativas em termos de oferta de capacitação.

### Metodologia da pesquisa

A intenção inicial deste inquérito seria abranger todas as unidades de planejamento em operação nas três esferas de gestão do SUS. Tendo em vista a magnitude do desafio que seria obter essas informações em caráter censitário, contando com tempo e recursos reduzidos, e levando em consideração que a estatística dispõe de técnicas eficientes de generalizações a partir de um esquema de amostragem, a pesquisa foi planejada para apresentar resultados originados de uma amostra extraída de um universo constituído por todas as áreas de planejamento das três esferas administrativas do SUS.

## Métodos e estratégias

Foi levado em consideração a heterogeneidade de infra-estrutura e de capacidade local de gestão das Unidades Federadas, tendo em vista fatores locais regionais que influenciam no seu desempenho. Esse referencial determinou que o questionário fosse disponibilizado de duas formas. Na Internet, no endereço eletrônico <<http://www.saude.gov.br/levantamentoplanejasus>>, o qual foi anteriormente testado na Intranet do MS e apresentado ao então Comitê de Operacionalização do PlanejaSUS, em reunião realizada em 30 de agosto de 2006, passando a ser disponibilizado para respostas na Internet a partir de 11 de setembro de 2006. Foi também disponibilizado questionário de idêntico conteúdo para ser respondido manualmente pelas localidades sem acesso à Internet ou com outras dificuldades de resposta ao instrumento eletrônico de coleta de dados.

Optou-se por um questionário eletrônico auto-explicativo por meio de orientações fornecidas em janelas com abertura automática decorrente da passagem do *mouse* sobre o enunciado. Ao questionário para respostas manuais, foi anexado um manual de instruções de preenchimento. O questionário foi decomposto em 6 módulos estruturados de forma a atender aos objetivos da pesquisa. Esses módulos foram subdivididos em perguntas visando depurar o nível de detalhamento das indagações, de forma a permitir o conhecimento do perfil da atividade de planejamento.

A estruturação do questionário obedeceu a seguinte ordem:

1. identificação;
2. inserção organizacional;
3. inserção no processo de gestão;
4. adequação em termos de infra-estrutura;
5. situação do pessoal alocado;
6. aspectos restritivos e facilitadores.

### Caracterização municipal

Com a finalidade de melhor caracterizar a atividade de planejamento levando em conta a dimensão municipal, os municípios componentes das Unidades Federadas (UF) foram segmentados segundo o seu porte, levando em conta a sua população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Com esse propósito, foram distribuídos nas faixas populacionais a seguir especificadas.

**Quadro 1.** Segmentação dos municípios brasileiros segundo o porte populacional.

Faixa	Porte municipal
1	Até 10 mil habitantes
2	Mais de 10 mil até 50 mil habitantes
3	Mais de 50 mil até 100 mil habitantes
4	Mais de 100 mil até 500 mil habitantes
5	Mais de 500 mil habitantes

### Seleção e tamanho da amostra

Tendo em vista a dimensão do universo a ser pesquisado, optou-se, para efeito de cálculo do tamanho da amostra, por um esquema de amostragem representativo de todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), além das unidades de planejamento dos órgãos e entidades componentes da estrutura do MS. Para caracterizar os níveis municipais, compostos por 5.564 SMS, optou-se por uma amostragem aleatória a partir da capacidade de indução à obtenção de respostas aos questionários obtidos no período considerado, gerando, dessa forma, um referencial para inferências e projeções válidas.

O Departamento de Informática do SUS (Datasus) forneceu uma base com os dados apurados a partir do preenchimento dos questionários, por meio da qual foram realizados os cálculos dos resultados.

Os resultados finais obtidos são aqui apresentados com recorte por regiões geográficas e demonstrados por proporcionalidades em nível municipal, segundo a segmentação já mencionada.

Tendo em vista a dimensão do desafio que seria estabelecer como frame do inquérito todas as unidades de planejamento das SMS, optou-se, para efeito de cálculo do tamanho da amostra representativa, por um esquema de amostragem aleatória a partir da capacidade de indução à obtenção de respostas aos questionários no período considerado, gerando, assim, um referencial para inferências e projeções válidas.

A amostra foi selecionada aleatoriamente tendo como premissa de composição cada SMS do estado ter respondido e enviado o questionário até a data final da disponibilização. No dimensionamento da amostra, considerou-se uma possibilidade de erro amostral tolerável de 5% e sua dimensão foi calculada por meio da fórmula<sup>4</sup>:

$$N = \frac{N * n_0}{N + n_0}$$

Onde: N = Total de elementos do universo estudado

$E_0$  = Erro amostral tolerável, e

$$n_0 = \frac{1}{(E_0)^2}$$

Esta fórmula aplicada ao número de municípios de cada estado, segundo o IBGE, determinou o número mínimo de questionários requeridos para inferências externas ou projeções acerca das características da atividade de planejamento em cada esfera de gestão.

### Amostra analisada

O Datasus forneceu uma base de dados preliminares, formatada em Excel, a partir do preenchimento dos questionários. Esses dados foram criticados e depurados pela Sala de Situação em Saúde, da Secretaria Executiva do MS, para, na sequência, serem integralmente importados para programação em Access por meio da qual foram realizados os cálculos que geraram os percentuais com os cortes regiões geográficas e porte municipal.

As análises aqui realizadas referem-se as SMS componentes de estados situados em cada região geográfica, representadas por uma amostra válida em nível regional, segundo o quadro abaixo.

**Quadro 2** Questionários respondidos e amostra mínima por regiões geográficas (em 30/7/07)

Região/UF	Quant. municípios	Enviaram questionários		Amostra mínima
		Sim	Não	
BRASIL	5.563	3.278	2.285	373
NORTE	449	215	234	211
NORDESTE	1.793	1.255	538	327
SUDESTE	1.668	731	937	322
SUL	1.188	823	365	299
CENTRO-OESTE	465	274	191	215

## Resultados

Em nível nacional, 72,29% das SMS que responderam ao questionário declararam ter sido respondidos pelo gestor local, enquanto 14,39% dos que responderam são pessoas em atuação na área de planejamento, sejam em nível técnico ou de coordenação. Os demais (12,58%) foram respondidos por assistentes ou auxiliares atuando em planejamento, consultores externos, funcionários de outras áreas ou por pessoas que não se identificaram. Há alta probabilidade de que a grande maioria das pessoas que responderam ao questionário terem conhecimento da estrutura da unidade local de gestão e das atividades a elas inerentes, o que confere qualidade à informação e consistência às análises que venham a ser empreendidas.

A seguir são sumariamente destacados, entre outros, os principais indicativos percebidos a partir dos dados analisados em nível regional referente as SMS.

### Perfil da atividade de planejamento nas Secretarias Municipais de Saúde

#### O planejamento na região Norte

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), a região Norte é composta por sete estados com um total de 449 municípios. Nessa região, 215 SMS responderam ao questionário, ultrapassando o quantitativo da amostra mínima calculada para a região, correspondente a 211 municípios com questionários respondidos. Como o número de questionários respondidos foi além da quantidade determinada para a amostra mínima, podem ser realizadas inferências e projeções regionais a partir dos indicativos apresentados em nível regional.

#### Identificação do responsável pela informação (Quadro 2 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 236)

Nas SMS da região Norte, a alternativa “gestor local” apresentou maior frequência entre os responsáveis pela informação, sendo seguida por “técnico da área de planejamento” e “responsável pela área de planejamento”, referência nos municípios de todos os portes. Esse tipo de resultado fornece indicativo de uma informação bastante qualificada.

#### Inserção organizacional (Quadros 3 a 9 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 236)

A maioria das respostas fornecidas na região Norte – média de 75,6% – indica que as unidades gestoras possuem organograma funcional.

No entanto, o número de SMS que não apresentam unidade de planejamento como parte dessa estrutura formal (média de 48,31%) é pouco mais elevado do que as que possuem (média de 47,47%). Essa constatação é mais frequente nos municípios de menor porte e decresce em função da elevação do porte municipal. Esse movimento é oposto em relação às SMS que possuam organograma funcional institucionalizado.

Esse indicativo ratifica a suposição generalizada de que quanto maior o porte do município maior é a capacidade de gestão que ele detém, levando em consideração que o planejamento é instrumento importante na fundamentação e condução do processo de gestão.

Do quantitativo estadual de SMS que não conta com organograma funcional nem possui pessoal especificamente alocado na atividade de planejamento, é predominante a utilização da estrutura de pessoal de outras áreas da SMS e de outras secretarias para desenvolverem os trabalhos de planejamento. A análise do Quadro 5 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 237, demonstra que as altas incidências de respostas às alternativas “Não se aplica ou não informou” confirmam os níveis de existência de estrutura formal de gestão anteriormente verificado.

A observação da integração dos trabalhos de planejamento com a área de orçamento aponta tendência de intensificação de acordo com a elevação do porte municipal. Já com as outras áreas técnicas da SMS, apesar da predominância de indicativo de mediano, houve uma tendência secundária de forte.

A intensidade da inter-relação entre o nível municipal e o estadual, sob a ótica das SMS, também teve indicativo de predominantemente mediano, com expressiva tendência de fraco em todas as faixas municipais.

Com relação à cooperação técnica que as unidades de planejamento contam para a elaboração dos seus trabalhos, foi predominante a recorrência aos serviços de consultores especializados em todos os portes municipais, seguida da originária de universidades. A contratação de serviços especializados externos é bastante expressiva na região, nos municípios de todos os portes.

#### Inserção da atividade de planejamento no processo de gestão (Quadros 10 a 12 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 239)

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Norte utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o principal deles. No entanto, menor proporção desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual.

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2005 a 2008.

#### Adequação da infra-estrutura e do suprimento logístico (Quadros 13 a 18 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 241)

Entre as SMS que responderam ao questionário, o espaço de trabalho disponível foi considerado “razoavelmente adequado” na maioria das ocorrências e em municípios de todas as faixas populacionais. Seguiram-se, em ordem decrescente, as alternativas: “inadequado” e “adequado” o que denota considerável indicativo de inadequação em todas as faixas municipais, levando em conta uma média estadual. Os principais fatores

de adequação do espaço de trabalho nominados foram “temperatura agradável”, “iluminação adequada” e “boa localização”; os de inadequação foram “pouca privacidade”, “muito pequeno” e “barulhento”.

Nas SMS de municípios de todos os portes, o número de impressoras e micro-computadores predominante situa-se na faixa de 1 a 5. Chama a atenção o número de SMS que informou não contar com equipamentos de informática para a execução dos trabalhos de planejamento, principalmente os situados até a faixa populacional de até 100 mil habitantes.

Quando indagados se a disponibilidade desses equipamentos é adequada ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação em planejamento, observa-se a predominância de respostas para a opção “razoavelmente adequada”, seguido de indicativo da afirmativa “inadequada”.

#### Situação do pessoal alocado na área de planejamento (Quadros 19 a 31 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 243)

As informações sobre o pessoal em atuação na área de planejamento compreendem: quantitativo, vínculo de trabalho, tempo de atuação específica, sexo, faixas etárias, níveis de formação e capacitação e expectativas de capacitação específica. Para efeito de racionalização deste documento, optou-se pela apresentação apenas das principais características.

A quantidade predominante de SMS que respondeu ao questionário informou contar com 1 a 3 pessoas especificamente alocadas na área de planejamento. Entre os municípios com até 100 mil habitantes, é relevante a quantidade de SMS que afirma não possuir pessoal especificamente alocado na atividade.

Quanto à formação do pessoal atuando em planejamento, a grande maioria informou ter nível superior completo, posição seguida por a de nível superior incompleto. A capacitação em nível de especialização mais frequentemente informada foi em “saúde pública” seguida de “em outras áreas”.

Na interpretação dos quadros apresentados em anexo, a caracterização do perfil de formação e capacitação é definida na faixa de quantitativo de pessoal de 1 a 5, onde se encontra a maior concentração de pessoas em atuação em planejamento.

#### Aspectos facilitadores do processo de planejamento

Quando indagados sobre as influências facilitadoras ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Norte, as maiores frequências indicam, em ordem decrescente, os seguintes aspectos:

- apoio institucional e acesso ao centro de decisões;
- adequação de infra-estrutura física, de equipamentos informática e de acesso às informações;
- equipe técnica reduzida, mas com bom nível de formação e experiência em saúde pública.

### Aspectos restritivos ao processo de planejamento

Com relação às influências restritivas ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Norte, em ordem decrescente, há maior incidência dos seguintes aspectos:

- inadequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações;
- deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área de planejamento;
- insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento.

### O planejamento na região Nordeste

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), a região Nordeste é composta por nove estados com um total de 1.793 municípios. Nessa região, 1.255 SMS responderam ao questionário, ultrapassando o quantitativo da amostra mínima calculada para a região, correspondente a 327 municípios com questionários respondidos. Como o número de questionários respondidos foi além da quantidade determinada para a amostra mínima, podem ser realizadas inferências e projeções a partir dos indicativos apresentados em nível regional.

### Identificação do responsável pela informação (Quadro 32 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 248)

Nas SMS da região Nordeste a alternativa “gestor local” apresentou maior frequência entre os responsáveis pela informação, sendo seguida por “técnico da área de planejamento” e “responsável pela área de planejamento,” nos municípios de todos os portes. Esse tipo de resultado fornece indicativo de uma informação bastante qualificada.

### Inserção organizacional (Quadros 33 a 39 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 248)

A grande maioria das respostas fornecidas na região Nordeste – média de 78,6% – indica que as unidades gestoras possuem organograma funcional.

No entanto, o número de SMS que apresentam unidade de planejamento como parte dessa estrutura formal representa pouco mais da metade das SMS que possuem organograma funcional. Essa constatação leva a existência de uma proporcionalidade direta entre o porte municipal e a presença de unidade de planejamento. Quanto menor o porte municipal, mais reduzida é a presença de unidades de planejamento no organograma funcional institucionalizado e vice-versa.

Esse indicativo ratifica a hipótese generalizada de que quanto maior o porte do município maior é a capacidade de gestão que ele detém, levando em consideração que o planejamento é instrumento importante na fundamentação e condução do processo de gestão.

Do quantitativo estadual de SMS que não conta com organograma funcional nem possui pessoal especificamente alocado na atividade de planejamento, é predominante,

nos municípios menores, a utilização da estrutura de pessoal de outras áreas da SMS ou de consultores externos para desenvolverem os trabalhos de planejamento. A análise do Quadro 35 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 249, demonstra que a alta incidência de respostas às alternativas “Não se aplica ou não informou” confirmam os níveis de existência de estrutura formal de gestão anteriormente verificado.

A observação da integração dos trabalhos de planejamento com a área de orçamento aponta tendência de intensificação de acordo com a elevação do porte municipal. Já com as outras áreas técnicas da SMS, apesar da predominância de indicativo de mediano, houve uma tendência secundária de forte.

A intensidade da inter-relação entre o nível municipal e o estadual, sob a ótica das SMS, também teve indicativo de predominantemente mediano, com expressiva tendência de fragilização de acordo com a elevação do porte municipal.

Com relação à cooperação técnica que as unidades de planejamento contam para a elaboração dos seus trabalhos, foi predominante a recorrência a universidades, em todos os portes municipais, seguida da originária da contratação de consultores especializados. A contratação de serviços de profissionais especialistas é mais expressiva nas SMS dos municípios de médio porte.

#### **Inserção da atividade de planejamento no processo de gestão (Quadros 40 a 42 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 251)**

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Nordeste utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o principal deles. No entanto, menor proporção desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual.

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2006 a 2009.

#### **Adequação da infra-estrutura e do suprimento logístico (Quadros 43 a 48 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 253)**

Entre as SMS que responderam ao questionário, o espaço de trabalho disponível foi considerado “razoavelmente adequado” na maioria das ocorrências e em municípios de todas as faixas populacionais. Seguiram-se, em ordem decrescente, as alternativas: “inadequada” e “adequada” o que denota considerável indicativo de inadequação em todas as faixas municipais, levando em conta uma média estadual. Os principais fatores de adequação do espaço de trabalho nominados foram “boa localização”, “iluminação adequada” e “temperatura agradável”; os de inadequação foram “pouca privacidade”, “barulhento” e “quente”.

Nas SMS de municípios de todos os portes, o número de impressoras e micro-computadores predominante situa-se na faixa de 1 a 5. Chama a atenção o número de SMS que informou não contar com equipamentos de informática para a execução dos

trabalhos de planejamento, principalmente os situados até a faixa populacional de até 10 mil habitantes.

Quando indagados se a disponibilidade desses equipamentos é adequada ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação em planejamento, observa-se a predominância de respostas para a opção “razoavelmente adequada” seguida de indicativo da afirmativa “inadequada”.

### Situação do pessoal alocado na área de planejamento (Quadros 49 a 61 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 255)

As informações sobre o pessoal em atuação na área de planejamento compreendem: quantitativo, vínculo de trabalho, tempo de atuação específica, sexo, faixas etárias, níveis de formação e capacitação e expectativas de capacitação específica. Para efeito de racionalização deste documento, optou-se pela apresentação apenas das características mais determinantes.

A quantidade predominante de SMS que respondeu ao questionário informou contar com 1 a 6 pessoas especificamente alocadas na área de planejamento. Entre os municípios com até 50 mil habitantes, é relevante a quantidade de SMS que afirma não possuir pessoal especificamente alocado na atividade.

Quanto à formação do pessoal atuando em planejamento, a grande maioria informou ter nível superior completo, posição seguida por a de nível médio completo. A capacitação em nível de especialização mais frequentemente informada foi em “saúde pública” seguida de “em outras áreas”.

Na interpretação dos quadros apresentados em anexo, a caracterização do perfil de formação e capacitação é definida na faixa de quantitativo de pessoal de 1 a 5, onde se encontra a maior concentração de pessoas em atuação em planejamento.

### Aspectos facilitadores do processo de planejamento

Quando indagados sobre as influências facilitadoras do processo de planejamento, constatou-se que, na região Nordeste, as maiores frequências indicam, em ordem decrescente, os seguintes aspectos:

- apoio institucional e acesso ao centro de decisões;
- equipe técnica reduzida, mas com bom nível de formação e experiência em saúde pública;
- adequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações.

### Aspectos restritivos ao processo de planejamento

Com relação às influências restritivas ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Nordeste, em ordem decrescente, há maior incidência dos seguintes aspectos:

- deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área;

- inadequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações;
- insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento.

### O planejamento na região Sudeste

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), a região Sudeste é composta por quatro estados com um total de 1.668 municípios. Nessa região, 731 municípios responderam ao questionário, ultrapassando o quantitativo da amostra mínima calculada para a região, correspondente a 322 municípios com questionários respondidos. Como o número de questionários respondidos foi além da quantidade determinada para a amostra mínima, podem ser realizadas inferências e projeções a partir dos indicativos apresentados em nível regional.

#### Identificação do responsável pela informação (Quadro 62 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 260)

Nas SMS da região Sudeste, a alternativa “gestor local” apresentou maior frequência entre os responsáveis pela informação, sendo seguida por “responsável pela área de planejamento” e “técnico da área de planejamento.” Nos municípios de menor porte, houve predominância de informações fornecidas por gestores, enquanto nos municípios de porte mais elevado essas foram provenientes de, principalmente, responsável pela área de planejamento. Esse tipo de resultado fornece indicativo de uma informação bastante qualificada.

#### Inserção organizacional (Quadros 63 a 69 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 260)

A maioria das respostas fornecidas na região Sudeste – em média 66,2% – indica que as unidades gestoras possuem organograma funcional.

No entanto, o número de SMS que não apresenta unidade de planejamento como parte dessa estrutura formal (média de 58,15%) é bem mais elevado do que nas que não as possuem (média de 37,94%). Essa constatação é mais frequente nos municípios de menor porte e decresce em função da elevação do porte municipal. Esse movimento é oposto em relação às SMS que possuem organograma funcional institucionalizado.

Esse indicativo ratifica a suposição generalizada de que quanto maior o porte do município maior é a capacidade de gestão que ele detém, levando em consideração que o planejamento é instrumento importante na fundamentação e condução do processo de gestão.

Do quantitativo estadual de SMS que não conta com organograma funcional nem possui pessoal especificamente alocado na atividade de planejamento, é predominante, nos municípios menores, a utilização da estrutura de pessoal de outras áreas da SMS para desenvolverem os trabalhos específicos da área. A análise do Quadro 65 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 261, demonstra que as altas incidências de

respostas às alternativas “Não se aplica ou não informou” confirmam os níveis de existência de estrutura formal de gestão verificado nas informações anteriores.

A observação da integração dos trabalhos de planejamento com a área de orçamento demonstrou descontinuidade, sem guardar coerência com o porte municipal. Já com as outras áreas técnicas da SMS, apesar da predominância de indicativo de mediano, houve uma tendência secundária de forte também, sem relação de proporcionalidade com o nível populacional.

A intensidade da inter-relação entre o nível municipal e o estadual, sob a ótica das SMS, também teve indicativo de predominantemente mediano, com expressiva tendência de fraco em todas as faixas municipais.

Com relação à cooperação técnica que as unidades de planejamento contam para a elaboração dos seus trabalhos, foi predominante a recorrência de contratação de consultores especializados, em todos os portes municipais, seguida da originária de universidades, que cresce com o porte municipal.

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Sudeste utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o principal deles. No entanto, menor proporção desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual. A prática da avaliação é intensificada de acordo com o porte municipal.

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2006 a 2009.

#### Inserção da atividade de planejamento no processo de gestão (Quadros 70 a 72 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 263)

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Sudeste utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o principal deles. No entanto, menor proporção desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual.

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2006 a 2009.

#### Adequação da infra-estrutura e do suprimento logístico (Quadros 73 a 78 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 265)

Entre as SMS que responderam ao questionário, o espaço de trabalho disponível foi considerado “razoavelmente adequado” na maioria das ocorrências e em municípios de todas as faixas populacionais. Seguiram-se, em ordem decrescente, as alternativas “adequada” e “inadequada” o que denota considerável indicativo de adequação em todas as faixas municipais, levando em conta uma média estadual. Os principais fatores

de adequação do espaço de trabalho nominados foram “boa localização”, “iluminação adequada” e “dimensões adequadas”; os de inadequação foram “pouca privacidade”, “barulhento” e “quente”.

Nas SMS de municípios de todos os portes, o número de impressoras e micro-computadores predominante situa-se na faixa de 1 a 5, em todos os portes municipais.

Quando indagados se a disponibilidade desses equipamentos é adequada ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação em planejamento, observa-se a predominância de respostas para a opção “razoavelmente adequada”, seguida de indicativo da afirmativa “adequada”.

### Situação do pessoal alocado na área de planejamento (Quadros 79 a 91 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 267)

As informações sobre o pessoal em atuação na área de planejamento compreendem: quantitativo, vínculo de trabalho, tempo de atuação específica, sexo, faixas etárias, níveis de formação e capacitação e expectativas de capacitação específica. Para efeito de racionalização deste documento, optou-se pela apresentação apenas das características mais relevantes.

A quantidade predominante de SMS que respondeu ao questionário informou contar com 1 a 3 pessoas especificamente alocadas na área de planejamento. Entre os municípios com até 100 mil habitantes, é relevante a quantidade de SMS que afirma não possuir pessoal especificamente alocado na atividade.

Quanto à formação do pessoal atuando em planejamento, a grande maioria informou ter nível superior completo, posição seguida por a de nível médio completo. A capacitação em nível de especialização mais frequentemente informada foi em “saúde pública” seguida de “em outras áreas”.

Na interpretação dos quadros apresentados em anexo, a caracterização do perfil de formação e capacitação é definida na faixa de quantitativo de pessoal de 1 a 5, onde se encontra a maior concentração de pessoas em atuação em planejamento.

### Aspectos facilitadores do processo de planejamento

Quando indagados sobre as influências facilitadoras do processo de planejamento, constatou-se que, na região Sudeste, as maiores frequências indicam, em ordem decrescente, os seguintes aspectos:

- apoio institucional e acesso ao centro de decisões;
- adequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso à informação;
- equipe técnica reduzida, mas com bom nível de formação e experiência em saúde pública.

### Aspectos restritivos ao processo de planejamento

Com relação às influências restritivas ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Sudeste, em ordem decrescente, há maior incidência dos seguintes aspectos:

- deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área;
- insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento;
- inadequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações.

### O planejamento na região Sul

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), a região Sul é composta por três estados com um total de 1.188 municípios. Nessa região, 823 municípios responderam ao questionário, ultrapassando o quantitativo da amostra mínima calculada para a região, correspondente a 299 municípios com questionários respondidos. Como o número de questionários respondidos foi além da quantidade determinada para a amostra mínima, podem ser realizadas inferências e projeções a partir dos indicativos apresentados.

### Identificação do responsável pela informação (Quadro 92 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 272)

Nas SMS da região Sul, a alternativa “gestor local” apresentou maior frequência entre os responsáveis pela informação, sendo seguida de “responsável pela área de planejamento” e “técnico da área de planejamento” nos municípios de todos os portes. Esse tipo de resultado fornece indicativo de uma informação bastante qualificada.

### Inserção organizacional (Quadros 93 a 99 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 272)

A maioria das respostas fornecidas na região Sul – 68,6% – indica que as unidades gestoras possuem organograma funcional.

Na região, o número de SMS que apresentam unidade de planejamento estruturada como parte desta estrutura formal corresponde a quase a metade (média de 48,11%) em municípios de todos os níveis populacionais.

Do quantitativo estadual de SMS que não conta com organograma funcional nem possui pessoal especificamente alocado na atividade de planejamento, é predominante, nos municípios menores, a utilização da estrutura de pessoal de outras áreas da SMS para desenvolverem os trabalhos de planejamento. A análise do Quadro 95 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 273, demonstra que a alta incidência de respostas às alternativas “Não se aplica ou não informou” confirmam os níveis de existência de estrutura formal de gestão verificado nas afirmativas anteriores.

A análise da integração dos trabalhos de planejamento com a área de orçamento aponta tendência secundária de forte, com intensificação de acordo com a elevação do

porte municipal. Também com as outras áreas técnicas da SMS, apesar da predominância de indicativo de mediano, essa integração foi secundariamente forte.

A intensidade da inter-relação entre o nível municipal e o estadual, sob a ótica das SMS, também teve indicativo de predominantemente mediano, com expressiva tendência de fraco em todas as faixas municipais.

Com relação à cooperação técnica que as unidades de planejamento contam para a elaboração dos seus trabalhos, foi predominante a recorrência a universidades, em quase todos os portes municipais. A contratação de serviços de profissionais especialistas é bastante expressiva na região, nos municípios de todas as faixas populacionais.

#### **Inserção da atividade de planejamento no processo de gestão (Quadros 100 a 102 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 275)**

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Sul utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saúde (PMS) como o principal deles. No entanto, menor proporção desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual. A prática da avaliação apresentou-se mais intensa nos municípios de porte mais elevado.

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2006 a 2009.

#### **Adequação da infra-estrutura e do suprimento logístico (Quadros 103 a 108 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 277)**

Entre as SMS que responderam ao questionário, o espaço de trabalho disponível foi considerado “razoavelmente adequado” na maioria das ocorrências e em municípios de todas as faixas populacionais. Seguiram-se, em ordem decrescente, as alternativas: “adequada” e “inadequada” o que denota considerável indicativo de adequação em todas as faixas municipais, levando em conta uma média estadual. Os principais fatores de adequação do espaço de trabalho nominados foram “iluminação adequada”, “boa localização” e “temperatura agradável”; os de inadequação foram “pouca privacidade”, “barulhento” e “quente”.

Nas SMS de municípios de todos os portes, o número de impressoras e micro-computadores predominante situa-se na faixa de 1 a 5. É significativo o número de SMS que informou não contar com equipamentos de informática para a execução dos trabalhos de planejamento, principalmente os de médio porte.

Quando indagados se a disponibilidade desses equipamentos é adequada ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação em planejamento, observa-se a predominância de respostas para a opção “adequada”, seguida de indicativo da afirmativa “razoavelmente adequada”.

### Situação do pessoal alocado na área de planejamento (Quadros 109 a 121 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 279)

As informações sobre o pessoal em atuação na área de planejamento compreendem: quantitativo, vínculo de trabalho, tempo de atuação específica, sexo, faixas etárias, níveis de formação e capacitação e expectativas de capacitação específica. Para efeito de racionalização deste documento, optou-se pela apresentação apenas das características mais relevantes.

A quantidade predominante de SMS que respondeu ao questionário informou contar com 10 pessoas ou mais especificamente alocadas na área de planejamento. Entre os municípios com até 500 mil habitantes, é relevante a quantidade de SMS que afirma não possuir pessoal especificamente alocado na atividade.

Quanto à formação do pessoal atuando em planejamento, a grande maioria informou ter nível superior completo, posição seguida por a de nível superior incompleto. A capacitação em nível de especialização mais frequentemente informada foi em “saúde pública” seguida de “em outras áreas”.

Na interpretação dos quadros apresentados em anexo, a caracterização do perfil de formação e capacitação é definida na faixa de quantitativo de pessoal de 1 a 5, onde se encontra a maior concentração de pessoas em atuação em planejamento.

### Aspectos facilitadores do processo de planejamento

Quando indagados sobre as influências facilitadoras do processo de planejamento, constatou-se que, na região Sul, as maiores frequências indicam, em ordem decrescente, os seguintes aspectos:

- apoio institucional e acesso ao centro de decisões;
- adequação de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de informação;
- equipe técnica reduzida, mas com bom nível de formação e experiência em saúde pública.

### Aspectos restritivos ao processo de planejamento

Com relação às influências restritivas ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Sul, em ordem decrescente, há maior incidência dos seguintes aspectos:

- falta de articulação intra e inter-setorial e dificuldade de acesso à informação;
- deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área;
- insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento.

### O planejamento na região Centro-Oeste

De acordo com o IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004), a região Centro-Oeste é composta por quatro estados com um total de 465 municípios. Nessa região, 274 municípios responderam ao questionário, ultrapassando o quantitativo da amostra mínima calculada para a região, correspondente a 215

municípios com questionários respondidos. Como o número de questionários respondidos foi além da quantidade determinada para a amostra mínima, podem ser realizadas inferências e projeções a partir dos indicativos apresentados.

#### Identificação do responsável pela informação (Quadro 122 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 284)

Nas SMS da região Centro-Oeste, a alternativa “gestor local” apresentou maior frequência entre os responsáveis pela informação em municípios de todos os portes, sendo seguida de “responsável pela área de planejamento” (nos municípios em ordem crescente de portes). Esse tipo de resultado fornece indicativo de uma informação bastante qualificada.

#### Inserção organizacional (Quadros 123 a 129 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 284)

A maioria das respostas fornecidas na região Centro-Oeste – em média 68,5% – indica que as unidades gestoras possuem organograma funcional.

É predominante na região o número de SMS que apresentam unidade de planejamento estruturada como parte dessa estrutura formal (em média, 49,7%), em municípios de todos os níveis populacionais.

Do quantitativo estadual de SMS que não conta com organograma funcional nem possui pessoal especificamente alocado na atividade de planejamento, é predominante, nos municípios menores, a utilização da estrutura de pessoal de outras áreas da SMS e da contratação de consultores externos. A análise do Quadro 125 do item **Quadros com os Resultados Apurados**, página 285, demonstra que as altas incidências de respostas às alternativas “Não se aplica ou não informou” confirmam os níveis de existência de estrutura formal de gestão verificados nas afirmativas anteriores.

A análise da integração dos trabalhos de planejamento com a área de orçamento aponta tendência mediana, com indicativo secundário de fraco. Já com as outras áreas técnicas da SMS, apesar da predominância de indicativo de mediano, houve uma tendência secundária de forte.

A intensidade da inter-relação entre o nível municipal e o estadual, sob a ótica das SMS, teve indicativo de predominantemente fraco em todas as faixas municipais.

Com relação à cooperação técnica que as unidades de planejamento contam para a elaboração dos seus trabalhos, foi predominante a contratação dos serviços de consultores especializados, seguida da originária de empresas privadas de assessoria. A contratação de serviços de profissionais externos é bastante expressiva na região, nos municípios com todos os portes habitacionais.

#### Inserção da atividade de planejamento no processo de gestão (Quadros 130 a 132 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 287)

A grande maioria das unidades municipais de gestão da região Centro-Oeste utiliza os instrumentos de planejamento mencionados e tem o Plano Municipal de Saú-

de (PMS) como o principal deles. No entanto, uma proporção correspondente a pouco mais da metade desses planos é avaliada, de acordo com as informações das SMS que utilizam o Relatório de Avaliação. A mesma situação se repete em relação à utilização da Programação Anual

A situação atual predominante dos PMS é de os mesmos se encontrarem aprovados pelo respectivo conselho de saúde como referencial das ações de saúde a serem executadas no período de 2005 a 2008.

### Adequação da infra-estrutura e do suprimento logístico (Quadros 133 a 138 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 289)

Entre as SMS que responderam ao questionário, o espaço de trabalho disponível foi considerado “razoavelmente adequado” na maioria das ocorrências e em municípios de todas as faixas populacionais. Seguiram-se, em ordem decrescente, as alternativas “adequada” e “inadequada” o que denota considerável indicativo de adequação, em todas as faixas municipais, levando em conta uma média estadual. Os principais fatores de adequação do espaço de trabalho nominados foram “boa localização”, “temperatura agradável” e “iluminação adequada”; os de inadequação foram “pouca privacidade”, “muito pequeno” e “barulhento”.

Nas SMS de municípios de quase todos os portes, o número de impressoras e microcomputadores predominante situa-se na faixa de 1 a 5. Chama a atenção o número de SMS que informou não contar com equipamentos de informática para a execução dos trabalhos de planejamento, principalmente os situados até a faixa populacional de até 100 mil habitantes.

Quando indagados se a disponibilidade desses equipamentos é adequada ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação em planejamento, observa-se a predominância de respostas para a opção “razoavelmente adequada”, seguida de indicativo da afirmativa “adequada”.

### Situação do pessoal alocado na área de planejamento (Quadros 139 a 151 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 291)

As informações sobre o pessoal em atuação na área de planejamento compreendem: quantitativo, vínculo de trabalho, tempo de atuação específica, sexo, faixas etárias, níveis de formação e capacitação e expectativas de capacitação específica. Para efeito de racionalização deste documento, optou-se pela apresentação apenas das características mais relevantes.

A quantidade predominante de SMS que respondeu ao questionário informou contar com 1 a 3 pessoas especificamente alocadas na área de planejamento. Entre os municípios com até 500 mil habitantes, é relevante a quantidade de SMS que afirma não possuir pessoal especificamente alocado na atividade, principalmente nos de menor porte.

Quanto à formação do pessoal atuando em planejamento, a grande maioria informou ter nível superior completo, posição seguida por a de nível médio completo. A

capacitação em nível de especialização mais frequentemente informada foi em “saúde pública” seguida de “em outras áreas”.

Na interpretação dos quadros apresentados em anexo, a caracterização do perfil de formação e capacitação é definida na faixa de quantitativo de pessoal de 1 a 5, onde se encontra a maior concentração de pessoas em atuação em planejamento.

#### Aspectos facilitadores do processo de planejamento

Quando indagados sobre as influências facilitadoras do processo de planejamento, constatou-se que, na região Centro-Oeste, as maiores frequências de citações indicam, em ordem decrescente, os seguintes aspectos:

- apoio institucional e acesso ao centro de decisões;
- adequação de infra-estrutura física, de informática e de acesso à informação;
- equipe técnica reduzida, mas com bom nível de formação e experiência em saúde pública.

#### Aspectos restritivos ao processo de planejamento

Com relação às influências restritivas ao processo de planejamento, constatou-se que, na região Centro-Oeste, em ordem decrescente, há maior incidência dos seguintes aspectos:

- inadequação de infra-estrutura física, de informática e de acesso à informação;
- deficiência na capacitação em planejamento do pessoal em atuação na área;
- insuficiência de pessoal específico e estável para a elaboração dos trabalhos de planejamento.

## Considerações finais

Os resultados obtidos da pesquisa sobre o perfil da atividade de planejamento no SUS, em nível municipal e com recorte regional, permitem elaborar algumas considerações genéricas sobre a situação do planejamento no período da coleta dos dados.

Foram evidenciadas características na conformação do planejamento entre as diferentes regiões geográficas, a partir da comparação entre os principais segmentos pesquisados que enfocou a relação entre o processo de planejamento e o decisório, a situação dos instrumentos institucionais de planejamento, a disponibilidade de pessoal e de infra-estrutura física e tecnológica, além das expectativas do pessoal em atuação quanto a oferta de capacitação com conteúdos específicos.

A composição territorial nacional, com características federalistas bastante diferenciadas, se reflete nos padrões obtidos pelas comparações entre as estruturas locais de gestão, mais especificamente em relação à atividade de planejamento. Não obstante, constata-se que o principal determinante dessa diversificação é o porte municipal, independente da localização regional.

A grande maioria das SMS, pouco mais de 70%, possui organograma funcional. Essa tendência ascende com o porte municipal, em todas as regiões do país. No entanto, observa-se que, nas regiões Norte e Nordeste, apenas em torno da metade das SMS, de todos os portes municipais, tem área de planejamento institucionalizada e com profissionais com papéis definidos. Já nas demais regiões é um pouco mais intensa a presença dessa formalização na estrutura organizacional das SMS.

Quando ocorre da SMS não ter área de planejamento formalizada, é comum, em todas as regiões, a recorrência a outras áreas da SMS para a execução dos trabalhos específicos. Porém, nos municípios de menor porte de todas as regiões, destaca-se o número de SMS que contratam profissionais especializados externos para executarem os trabalhos inerentes àquela atividade. Em todo o país, a recorrência a universidades e a instituições públicas de pesquisa para colaborar nas questões de planejamento é mais comum às SMS de municípios de maior porte, principalmente as capitais.

A intensidade de inter-relação entre as áreas de planejamento e orçamento amplia-se de acordo com a elevação do tamanho do município. Naqueles com menos de 100 mil habitantes, ainda é muito incipiente, principalmente nas regiões Sul e Centro-Oeste. Porém, observa-se generalizado indicativo de um posicionamento mediano, que se repete em qualquer enquete em que essa alternativa esteja presente, seja por comodidade na resposta, seja pela presença da denominada “resposta diplomática”.

Já com relação à integração com outras áreas técnicas das SMS, foi comum, em todas as regiões, a indicação secundária de forte interação, situação que se opõe a da relação entre as SMS e SES, que foi mais uma vez, secundariamente fraca em todas as regiões.

Entre os instrumentos mais citados como de utilização no processo de planejamento, destaca-se o Plano Municipal de Saúde como de uso comum em quase a totalidade das SMS. A situação predominante desses instrumentos é de aprovação pelos

respectivos conselhos de saúde e com períodos de vigência mais citados entre 2005 a 2008 e de 2006 a 2009.

No entanto, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a proporção de SMS que realizam a avaliação dos Planos Municipais de Saúde é menor que nas regiões Sudeste e Sul. Esse movimento se repete com relação às Programações Anuais, que têm informação de uso em menores escalas que os dos planos, mas também são, usualmente, menos avaliadas.

As condições do espaço físico disponibilizado para a execução dos trabalhos da área tiveram indicativo predominante de adequação nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nas demais regiões, apesar do indicativo generalizado de razoavelmente adequada, a tendência secundária é de inadequação.

Os fatores mais frequentes que qualificaram o espaço de trabalho como adequado foram: a boa localização, a temperatura agradável e a iluminação adequada.

Entre os que o classificam como inadequado constam: pouca privacidade, muito pequeno e barulhento.

A quantidade de microcomputadores e impressoras disponibilizados para o desenvolvimento dos trabalhos de planejamento foi, com mais frequência, situada na faixa de 1 a 5 equipamentos. Observa-se que, em municípios com até 100 mil habitantes, houve forte incidência de SMS que não dispõem desse tipo de equipamento.

Essa tendência decresce de acordo com o porte municipal. No entanto, quando indagados sobre a adequação dos equipamentos de informática ao volume de trabalho e ao número de pessoas em atuação, verifica-se a predominância de indicativo de adequação nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e a situação inversa nas regiões Norte e Nordeste.

Nos municípios com mais de 100 mil habitantes, a maior frequência de pessoas em atuação em planejamento é de 1 a 5, em média, em cada SMS situada em todas as regiões. Porém, em municípios com mais de 100 mil habitantes também foi frequente a disponibilidade de 6 a 10 pessoas envolvidas nos trabalhos de planejamento.

Nos municípios com até 100 mil habitantes também, houve expressiva incidência de informação da indisponibilidade de pessoal especificamente atuante em planejamento.

O nível de escolaridade com maior número de registros fornecidos pelas SMS de municípios de todos os portes e em todas as regiões é o superior completo. Em nível de especialização, foi informado maior número de pessoas com especialização em saúde pública; em menor escala e nos municípios de porte mais elevado, com mestrado profissional em saúde pública.

Com a finalidade de confirmar as tendências quantificadas pelas perguntas objetivas do questionário, foram feitas duas perguntas qualitativas sobre os fatores facilitadores e restritivos ao processo de planejamento. Usando a técnica da análise de discurso, os argumentos citados foram sistematizados e agrupados de acordo com a similaridade de conteúdos que apresentaram.

Os cruzamentos da contabilização dessas manifestações apontam, como principal aspecto que potencializa a ação em planejamento, o apoio institucional e o acesso ao centro de decisão. Em seguida, foram nominados a adequação da infra-estrutura física, de equipamento de informática e de acesso às informações, e o terceiro aspecto reporta ao bom nível de formação e experiência em saúde pública do pessoal disponível para os trabalhos da área.

O principal fator restritivo considerado nas respostas obtidas trata da deficiência na capacitação em planejamento do pessoal atuante na atividade. Na sequência, foram citadas as inadequações da infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso à informação, além da insuficiência de pessoal para atuação exclusiva e contínua.

A análise global das informações demonstra bastante coerência e confirmam algumas das afirmações hipotéticas sobre o desenvolvimento da atividade de planejamento no SUS. Tendo em vista abrangência das informações coletadas, estas se revestem de real importância para o direcionamento dos programas de trabalho das três esferas de gestão relativos a atuação sistêmica, à medida que apontam direcionamentos para ações eficientes e efetivas, importantes para o seu desenvolvimento segundo os consensos obtidos para o funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

Nesse enfoque, a condução de uma proposta de trabalho voltada para atenuar as fragilidades do pessoal atuante na área vem a atender de imediato às duas demandas com maior número de citações obtidas pela pesquisa: necessidade de capacitação e insuficiência de pessoal. Assim, com a intervenção já iniciada pela capacitação, espera-se que a difusão do conhecimento adquirido funcione como indutor da formação de quadros específicos para a atuação focada em planejamento.

Outro tema citado – a precária disponibilidade de infra-estrutura física, de equipamentos de informática e de acesso às informações – não foi um fator de conformidade no julgamento em todas as regiões. As regiões Sudeste e Centro-Oeste tiveram os mais altos níveis de citações de adequação desse tipo de suporte, enquanto as demais apontaram a sua frágil disponibilização.

As demais disfunções tidas como de mais intensidade poderão ser trabalhadas ao longo do processo de desenvolvimento do Sistema de Planejamento do SUS. A interação entre a área de planejamento e a de orçamento, bem como com outras áreas técnicas e também entre os níveis de gestão deverá ser intensificada com a ampliação e a capilaridade da atuação sistêmica.

Com relação à intensificação da avaliação dos Planos Municipais de Saúde, assim como do aprimoramento da sua elaboração, serão assimilações naturais do processo de capacitação e de difusão de conceitos e técnicas que melhor fundamentarão estes instrumentos.

Nesse sentido, a pesquisa, predizendo seus próprios resultados, disponibilizou um levantamento com relação às expectativas de níveis de capacitação a serem posteriormente ofertados. As respostas obtidas apontam, em todas as regiões, a prioridade aos cursos de curta duração, com conteúdos voltados para conceitos básicos e orientações técnicas para elaboração dos instrumentos de planejamento – média nacional de 17,13%

para as opções oficinas técnicas em planejamento e conceitos básicos em planejamento, conforme pode ser observado no Quadro 1 do item Quadros com os Resultados Apurados, página 235.

Os treinamentos de longa duração tiveram demanda menos intensa – média de 11,69% – para as especializações em planejamento e em saúde pública. Foram também citados os mestrados profissionais em planejamento e em saúde pública – média de 5,61%; mestrados strictu sensu em planejamento e em saúde pública – 3,39%, em média; doutorados em planejamento e em saúde pública – média de 3,43%.

As tendências apontadas pela apuração da pesquisa sobre o perfil da atividade de planejamento no SUS constituem-se em potente referencial para o desenvolvimento e aplicação dos planos de trabalhos, que possibilitarão uma atuação sistêmica neste âmbito. Iniciativas nesse sentido já se encontram em desenvolvimento em estados de todas as regiões do país.

## Quadros com os resultados apurados

**Quadro 1.** Expectativas do pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 36 a 38)

Expectativas do pessoal em atuação na área de planejamento	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul
Oficinas técnicas específicas	17,42	16,86	16,95	17,68	15,58
Treinamento em conceitos básicos na área de Planejamento	18,12	15,69	19,88	17,87	15,23
Especialização na área de Planejamento	10,73	12,11	11,96	12,50	11,35
Especialização em Saúde Pública	10,88	11,09	11,78	11,90	12,60
Especialização em outras áreas	7,76	7,39	6,48	8,14	7,77
Mestrado profissional na área de Planejamento	5,01	5,14	6,98	4,05	4,61
Mestrado profissional em Saúde Pública	6,24	6,04	6,36	5,51	6,09
Mestrado profissional em outras áreas	3,94	3,92	3,36	3,67	4,37
Mestrado strictu sensu na área de Planejamento	2,93	3,60	2,37	3,00	4,06
Mestrado strictu sensu em Saúde Pública	3,97	3,92	2,43	3,36	4,27
Mestrado strictu sensu em outras áreas	3,60	3,50	2,80	4,04	4,46
Doutorado na área de Planejamento	2,71	3,31	3,24	2,56	2,72
Doutorado em Saúde Pública	3,90	4,62	3,61	3,22	4,39
Doutorado em outras áreas	2,78	2,82	1,81	2,52	2,51
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

## Região Norte

**Quadro 2.** Responsável pelo envio (Pergunta 4)

Região Norte

Em %

Responsável	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Gestor local	85,34	68,27	25,00	10,00	0,00
Responsável pela área de planejamento	4,31	5,77	43,75	40,00	0,00
Técnico da área de planejamento	0,86	6,73	18,75	40,00	100,00
Assistente ou auxiliar da área de planejamento	1,72	0,96	0,00	0,00	0,00
Consultor externo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros	5,17	13,46	12,50	10,00	0,00
Não informado	2,60	4,81	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 3.** Organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Pergunta 6)

Região Norte

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com organograma funcional	37,93	62,50	87,50	90,00	100,00
SMS sem organograma funcional	58,62	29,81	12,50	0,00	0,00
Não informado	3,45	7,69	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 4.** Organização formal da atividade de planejamento (Pergunta 10)

Região Norte

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com estrutura formal de planejamento	18,10	31,73	37,50	50,00	100,00
SMS sem estrutura formal de planejamento	78,45	60,58	62,50	40,00	0,00
Não informado	3,45	7,69	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 5.** Arranjo institucional por execução dos trabalhos de planejamento  
(Pergunta 9)

Região Norte

Em %

Áreas que desenvolvem o trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Orçamento da SMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras áreas da SMS	19,83	9,62	0,00	0,00	0,00
Outras secretarias	11,21	5,77	0,00	0,00	0,00
Consultores externos	5,17	1,92	0,00	0,00	0,00
Não se aplica ou não informou	63,79	82,69	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 6.** Relação entre a área de planejamento com a área de orçamento (Pergunta 13)Região Norte Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com a área de orçamento	17,24	57,76	10,34	18,27	62,50	10,58	37,50	62,50	0,00	0,00	60,00	30,00	0,00	0,00	50,00
Não informado			14,66			8,65						10,00			0,00
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 7.** Relação entre a área de planejamento com outras áreas técnicas (Pergunta 14)Região Norte Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com outras áreas técnicas	11,21	63,79	13,79	13,46	59,62	18,27	31,25	50,00	18,75	0,00	80,00	10,00	0,00	0,00	100,00
Não informado			11,21			8,65						10,00			0,00
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 8.** Relação entre a área de planejamento com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (Pergunta 15)Região Norte Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com as SES	18,10	59,48	12,07	27,88	52,88	9,62	50,00	50,00	0,00	40,00	30,00	10,00	50,00	50,00	0,00
Não informado			10,35			9,62						20,00			0,00
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 9.** Tipo de apoio técnico eventualmente utilizado (Pergunta 17)

Região Norte

Em %

Apoio técnico disponível	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Universidades	6,03	12,50	18,75	20,00	100,00
Centros de pesquisa	0,86	6,73	0,00	10,00	50,00
Empresas públicas de assessoria	8,62	6,73	18,75	20,00	50,00
Empresas privadas de assessoria	8,62	16,35	12,50	10,00	0,00
Contratação de consultores especializados	10,34	14,42	6,25	50,00	0,00
Outros	70,69	56,73	75,00	40,00	50,00

**Quadro 10.** Instrumentos de planejamento utilizados pelas SMS (Pergunta 18)

Região Norte

Em %

Instrumentos de planejamento	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Plano Municipal de Saúde	75,86	79,81	81,25	90,00	100,00
Relatório de avaliação	45,69	50,96	56,25	60,00	100,00
Programação anual	48,28	51,92	81,25	70,00	100,00
Relatório de acompanhamento	18,97	25,96	50,00	50,00	50,00
Outros	21,55	24,04	25,00	60,00	50,00

**Quadro 11.** Situação atual do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 20)

Região Norte

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inexistente	3,45	5,77	0,00	0,00	0,00
Em elaboração	16,38	26,92	43,75	10,00	50,00
Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho	11,21	22,12	18,75	20,00	0,00
Aprovado pelo respectivo conselho	56,90	35,58	37,50	50,00	50,00
Publicado pela esfera gestora responsável	8,62	1,92	0,00	10,00	0,00

**Quadro 12.** Períodos de vigência com maiores frequências do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 21)  
Região Norte

Períodos com maiores frequências	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4		Faixa 5		Em %
	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	
1997	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	0,00	0,86	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2002	1,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2003	0,86	0,00	4,81	0,00	0,00	6,25	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00
2004	4,31	0,00	6,73	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00	0,00	0,00
2005	46,55	0,00	41,35	0,00	37,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2006	25,86	12,07	24,04	16,35	43,75	18,75	60,00	10,00	100,00	0,00	0,00
2007	7,76	10,34	10,58	13,46	6,25	0,00	0,00	30,00	0,00	100,00	0,00
2008	0,00	46,55	0,00	37,50	0,00	37,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2009	0,00	15,52	0,00	14,42	0,00	37,50	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00
2010	0,00	2,59	0,00	4,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2011	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	12,08	12,07	12,49	13,46	6,25	6,25	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 13.** Situação do espaço de trabalho (Pergunta 22)

Região Norte

Em %

Espaço de trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	17,24	27,88	31,25	20,00	50,00
Razoavelmente adequado	50,86	52,88	56,25	60,00	50,00
Adequado	16,38	8,65	12,50	10,00	0,00
Não informado	15,52	10,59	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 14.** Características mais frequentes que identificam positivamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Norte

Em %

Características positivas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Muito amplo	4,31	1,92	6,25	0,00	0,00
Silencioso	14,66	8,65	6,25	10,00	0,00
Temperatura agradável	32,76	37,50	37,50	50,00	50,00
Iluminação adequada	35,34	41,35	50,00	30,00	0,00
Bem localizado	46,55	43,27	37,50	20,00	0,00
Suficientemente reservado	12,07	14,42	18,75	10,00	0,00
Dimensões adequadas	22,41	24,04	18,75	20,00	50,00

**Quadro 15.** Características mais frequentes que identificam negativamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Norte

Em %

Características negativas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Barulhento	10,34	22,12	31,25	40,00	100,00
Quente	25,86	20,19	31,25	20,00	0,00
Frio	0,00	1,92	6,25	10,00	0,00
Úmido	2,59	1,92	6,25	0,00	0,00
Iluminação inadequada	15,52	7,69	25,00	20,00	50,00
Localização inadequada	18,97	21,15	25,00	40,00	50,00
Pouca privacidade	35,34	51,92	50,00	70,00	100,00
Muito pequeno	34,48	41,35	50,00	30,00	50,00

**Quadro 16.** Quantidade de impressoras disponíveis na área de planejamento  
(Pergunta 25 – item 1)

Região Norte

Em %

Número de impressoras	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	14,66	16,35	31,25	10,00	0,00
De 1 a 5	60,35	66,35	62,50	70,00	100,00
De 6 a 10	1,72	3,84	6,25	10,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	23,27	13,46	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 17.** Quantidade de microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 25 – item 2)

Região Norte

Em %

Número de microcomputadores	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhum	12,07	16,35	25,00	0,00	0,00
De 1 a 5	62,07	65,39	62,50	80,00	50,00
De 6 a 10	2,58	4,80	12,50	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,96	0,00	10,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	23,28	12,50	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 18.** Adequação da quantidade e qualidade dos microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 26)

Região Norte

Em %

Quantidade e qualidade	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	24,14	34,62	37,50	40,00	0,00
Razoavelmente adequado	37,93	42,31	56,25	40,00	100,00
Adequado	15,52	12,50	6,25	10,00	0,00
Não informado	22,41	10,57	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 19.** Pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 27)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
De 1 a 3	24,14	26,92	68,75	60,00	0,00
De 4 a 6	18,10	17,31	18,75	10,00	0,00
De 7 a 9	4,31	3,85	0,00	10,00	50,00
10 pessoas ou mais	2,59	1,92	0,00	10,00	50,00
Sem pessoal especificamente alocado	46,55	42,31	12,50	0,00	0,00
Não informado	4,31	7,69	0,00	10,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 20.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – fundamental completo (Pergunta 32 – item 2)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	25,00	54,81	50,00	40,00	50,00
De 1 a 5	6,03	3,84	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,86	0,96	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	68,11	40,39	50,00	60,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 21.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – médio completo (Pergunta 32 – item 4)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	16,38	28,85	37,50	10,00	0,00
De 1 a 5	29,31	37,50	56,25	40,00	50,00
De 6 a 10	2,58	7,69	0,00	10,00	0,00
De 11 a 20	0,86	0,96	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	50,87	25,00	6,25	40,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 22.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – superior completo (Pergunta 33 – item 2)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	12,93	23,08	18,75	0,00	0,00
De 1 a 5	37,06	49,04	62,50	50,00	50,00
De 6 a 10	1,72	0,96	0,00	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	10,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	48,29	26,92	18,75	40,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 23.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização na área de planejamento (Pergunta 33 – item 3)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	55,77	43,75	20,00	0,00
De 1 a 5	0,86	2,88	6,25	30,00	100,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	72,42	41,35	50,00	50,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 24.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em saúde pública (Pergunta 33 – item 4)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	25,00	39,42	31,25	10,00	0,00
De 1 a 5	7,76	26,92	25,00	60,00	50,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	67,24	33,66	43,75	30,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 25.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em outras áreas (Pergunta 33 – item 5)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	23,28	42,31	18,75	0,00	0,00
De 1 a 5	7,76	19,22	18,75	60,00	50,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	68,96	38,47	62,50	40,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 26.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional na área de planejamento (Pergunta 34 – item 1)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	55,77	56,25	40,00	50,00
De 1 a 5	0,86	1,92	6,25	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	72,42	42,31	37,50	60,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 27.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em saúde pública (Pergunta 34 – item 2)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	55,77	50,00	40,00	50,00
De 1 a 5	0,86	2,88	6,25	0,00	50,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	72,42	41,35	43,75	60,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 28.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em outras áreas (Pergunta 34 – item 3)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	56,73	50,00	40,00	0,00
De 1 a 5	0,86	0,96	6,25	0,00	100,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	72,42	42,31	43,75	60,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 29.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* na área de planejamento (Pergunta 34 – item 4)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	57,69	56,25	40,00	50,00
De 1 a 5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	73,28	42,31	43,75	60,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 30.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em saúde pública (Pergunta 34 – item 5)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	25,86	57,69	56,25	40,00	50,00
De 1 a 5	0,86	0,00	6,25	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	73,28	42,31	37,50	60,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 31.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em outras áreas (Pergunta 34 – item 6)

Região Norte

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,72	55,77	56,25	40,00	50,00
De 1 a 5	1,72	0,96	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	71,56	43,27	43,75	60,00	50,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Obs.: Porte municipal segundo as faixas populacionais:

Faixa 1 – Municípios com até 10 mil habitantes.

Faixa 2 – Municípios com mais 10 mil até 50 mil habitantes.

Faixa 3 – Municípios com mais 50 mil até 100 mil habitantes.

Faixa 4 – Municípios com mais 100 mil até 500 mil habitantes.

Faixa 5 – Municípios com mais de 500 mil habitantes.

## Região Nordeste

**Quadro 32.** Responsável pelo envio (Pergunta 4)

Região Nordeste

Em %

Responsável	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Gestor local	81,10	67,85	48,31	21,21	0,00
Responsável pela área de planejamento	3,59	7,51	15,73	42,42	77,78
Técnico da área de planejamento	4,07	9,49	17,98	27,27	22,22
Assistente ou auxiliar da área de planejamento	1,67	1,84	1,12	0,00	0,00
Consultor externo	0,96	1,45	1,12	0,00	0,00
Outros	6,22	9,22	13,48	6,06	0,00
Não informado	2,39	2,64	2,26	3,04	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 33.** Organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)  
(Pergunta 6)

Região Nordeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com organograma funcional	50,96	63,11	84,27	93,94	100,00
SMS sem organograma funcional	45,69	32,94	13,48	3,03	0,00
Não informado	3,35	3,95	2,25	3,03	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 34.** Organização formal da atividade de planejamento (Pergunta 10)

Região Nordeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com estrutura formal de planejamento	27,03	30,96	47,19	72,73	77,78
SMS sem estrutura formal de planejamento	68,18	64,69	50,56	24,24	22,22
Não informado	4,79	4,35	2,25	3,03	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 35.** Arranjo institucional por execução dos trabalhos de planejamento  
(Pergunta 9)

Região Nordeste

Em %

Áreas que desenvolvem o trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Orçamento da SMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras áreas da SMS	5,98	6,46	4,49	0,00	0,00
Outras secretarias	4,07	2,90	3,37	0,00	0,00
Consultores externos	5,74	4,87	5,62	0,00	0,00
Não se aplica ou não informou	84,21	85,77	86,52	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 36.** Relação entre a área de planejamento com a área de orçamento (Pergunta 13)  
Região Nordeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com a área de orçamento	17,46	62,68	13,16	22,13	57,97	13,70	20,22	61,80	13,48	12,12	63,64	21,21	11,11	33,33	55,56
Não informado		6,70			6,20			4,50				3,03			0,00
Total		100,00			100,00			100,00				100,00			100,00

**Quadro 37.** Relação entre a área de planejamento com outras áreas técnicas (Pergunta 14)  
Região Nordeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com outras áreas técnicas	11,24	62,44	18,90	9,75	62,98	21,34	7,87	61,80	26,97	3,03	63,64	30,30	11,11	44,44	44,44
Não informado		7,42			5,93			3,36				3,03			0,01
Total		100,00			100,00			100,00				100,00			100,00

**Quadro 38.** Relação entre a área de planejamento com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (Pergunta 15)  
Região Nordeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com as SES	24,64	56,70	8,37	26,48	54,81	9,35	33,71	50,56	8,99	36,36	54,55	6,06	66,67	22,22	11,11
Não informado		10,29			9,36			6,74				3,03			0,00
Total		100,00			100,00			100,00				100,00			100,00

**Quadro 39.** Tipo de apoio técnico eventualmente utilizado (Pergunta 17)

Região Nordeste

Em %

Apoio técnico disponível	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Universidades	11,24	12,91	25,84	48,48	88,89
Centros de pesquisa	2,15	2,90	1,12	12,12	11,11
Empresas públicas de assessoria	10,53	7,51	6,74	15,15	0,00
Empresas privadas de assessoria	21,77	28,06	21,35	18,18	0,00
Contratação de consultores especializados	19,62	26,88	37,08	39,39	22,22
Outros	47,61	41,11	34,83	36,36	22,22

**Quadro 40.** Instrumentos de planejamento utilizados pelas SMS (Pergunta 18)

Região Nordeste

Em %

Instrumentos de planejamento	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Plano Municipal de Saúde	77,27	87,62	93,26	96,97	100,00
Relatório de avaliação	49,52	59,29	76,40	78,79	88,89
Programação anual	41,63	49,93	60,67	75,76	100,00
Relatório de acompanhamento	28,95	36,10	50,56	51,52	66,67
Outros	13,64	17,39	39,33	36,36	77,78

**Quadro 41.** Situação atual do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 20)

Região Nordeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inexistente	6,22	3,43	2,25	0,00	0,00
Em elaboração	32,30	27,01	16,85	24,24	11,11
Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho	13,40	12,25	10,11	15,15	11,11
Aprovado pelo respectivo conselho	41,15	50,46	66,29	51,52	66,67
Publicado pela esfera gestora responsável	2,15	1,98	2,25	6,06	11,11

**Quadro 42.** Períodos de vigência com maiores frequências do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 21)  
Região Nordeste

Em %

Períodos com maiores frequências	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4		Faixa 5	
	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término
1997	0,24	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	0,48	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,48	0,24	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	0,96	0,00	0,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2002	2,87	0,24	1,98	0,00	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2003	3,35	0,24	1,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2004	7,18	0,48	3,29	0,26	2,25	0,00	3,03	0,00	0,00	0,00
2005	28,23	1,91	31,75	1,98	37,08	1,12	30,30	0,00	0,00	0,00
2006	27,99	10,77	40,58	7,11	48,31	3,37	60,61	3,03	100,00	0,00
2007	10,29	8,61	7,51	4,48	4,49	6,74	0,00	0,00	0,00	0,00
2008	0,24	27,03	0,00	31,36	0,00	32,58	0,00	30,30	0,00	0,00
2009	0,00	24,88	0,00	36,76	0,00	49,44	0,00	60,61	0,00	100,00
2010	0,00	5,98	0,00	5,01	0,00	1,12	0,00	0,00	0,00	0,00
2011	0,00	0,96	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	17,69	18,66	11,61	12,38	5,62	5,63	6,06	6,06	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 43.** Situação do espaço de trabalho (Pergunta 22)

Região Nordeste

Em %

Espaço de trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	17,22	18,45	24,72	9,09	22,22
Razoavelmente adequado	62,92	62,58	53,93	69,70	77,78
Adequado	10,53	11,73	15,73	18,18	0,00
Não informado	9,33	7,24	5,62	3,03	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 44.** Características mais frequentes que identificam positivamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Nordeste

Em %

Características positivas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Muito amplo	5,26	5,01	8,99	6,06	0,00
Silencioso	14,83	10,41	8,99	9,09	11,11
Temperatura agradável	32,54	35,97	42,70	45,45	33,33
Iluminação adequada	38,52	40,71	48,31	48,48	55,56
Bem localizado	50,72	54,55	52,81	66,67	66,67
Suficientemente reservado	12,92	11,59	21,35	15,15	22,22
Dimensões adequadas	25,12	25,30	24,72	30,30	11,11

**Quadro 45.** Características mais frequentes que identificam negativamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Nordeste

Em %

Características negativas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Barulhento	22,97	29,25	31,46	39,39	22,22
Quente	34,21	31,49	20,22	15,15	22,22
Frio	3,35	2,37	1,12	3,03	0,00
Úmido	4,07	2,90	1,12	3,03	0,00
Iluminação inadequada	18,90	16,07	16,85	6,06	11,11
Localização inadequada	18,18	15,94	22,47	9,09	0,00
Pouca privacidade	50,24	57,84	52,81	60,61	66,67
Muito pequeno	39,00	36,10	34,83	48,48	44,44

**Quadro 46.** Quantidade de impressoras disponíveis na área de planejamento  
(Pergunta 25 – item 1)

Região Nordeste

Em %

Número de impressoras	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	12,20	9,75	8,99	3,03	0,00
De 1 a 5	77,52	80,23	77,53	90,91	99,99
De 6 a 10	0,24	1,97	3,36	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	2,24	3,03	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	10,04	8,05	7,88	3,03	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 47.** Quantidade de microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 25 – item 2)

Região Nordeste

Em %

Número de microcomputadores	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhum	11,24	8,70	5,62	0,00	0,00
De 1 a 5	77,99	76,80	71,91	93,93	66,66
De 6 a 10	0,96	6,32	10,11	0,00	33,33
De 11 a 20	0,00	0,26	3,37	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	1,12	3,03	0,00
Não informado	9,81	7,92	7,87	3,04	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 48.** Adequação da quantidade e qualidade dos microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 26)

Região Nordeste

Em %

Quantidade e qualidade	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	30,86	31,75	31,46	30,30	11,11
Razoavelmente adequado	45,22	48,09	48,31	48,48	77,78
Adequado	13,88	12,91	15,73	18,18	11,11
Não informado	10,04	7,25	4,50	3,04	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 49.** Pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 27)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
De 1 a 3	31,58	32,67	41,57	45,45	0,00
De 4 a 6	18,90	20,42	29,21	39,39	44,44
De 7 a 9	4,78	7,11	5,62	3,03	11,11
10 pessoas ou mais	2,39	3,43	6,74	9,09	44,44
Sem pessoal especificamente alocado	37,32	31,75	14,61	0,00	0,00
Não informado	5,03	4,62	2,25	3,04	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 50.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – fundamental completo (Pergunta 32 – item 2)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	47,85	53,23	59,55	66,67	44,44
De 1 a 5	9,57	9,48	5,61	0,00	22,22
De 6 a 10	0,72	1,84	2,25	3,03	0,00
De 11 a 20	0,48	0,26	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	41,38	35,19	32,59	30,30	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 51.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – médio completo (Pergunta 32 – item 4)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	26,32	28,33	29,21	30,30	44,44
De 1 a 5	41,38	42,29	42,70	42,42	44,44
De 6 a 10	2,88	4,62	2,24	3,03	0,00
De 11 a 20	0,96	1,04	0,00	3,03	0,00
Mais de 20	0,96	0,13	2,24	3,03	0,00
Não informado	27,50	23,59	23,61	18,19	11,12
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 52.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – superior completo (Pergunta 33 – item 2)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,42	20,16	20,22	30,30	11,11
De 1 a 5	53,34	54,15	48,32	51,51	55,55
De 6 a 10	3,11	3,95	5,61	6,06	11,11
De 11 a 20	0,48	1,18	3,36	3,03	11,11
Mais de 20	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00
Não informado	24,65	20,43	22,49	9,10	11,12
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 53.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização na área de planejamento (Pergunta 33 – item 3)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	51,67	55,73	56,18	51,52	22,22
De 1 a 5	4,79	6,98	11,23	21,21	66,66
De 6 a 10	0,24	0,00	0,00	3,03	0,00
De 11 a 20	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,30	37,16	32,59	24,24	11,12
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 54.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em saúde pública (Pergunta 33 – item 4)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	35,41	38,60	35,96	21,21	11,11
De 1 a 5	26,55	30,17	39,32	63,63	77,77
De 6 a 10	0,48	0,26	0,00	3,03	11,11
De 11 a 20	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	37,56	30,71	24,72	12,13	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 55.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em outras áreas (Pergunta 33 – item 5)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	41,15	41,24	37,08	27,27	33,33
De 1 a 5	20,57	27,42	37,07	51,51	66,66
De 6 a 10	0,24	0,78	2,25	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	38,04	30,56	23,60	21,22	0,01
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 56.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional na área de planejamento (Pergunta 34 – item 1)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,98	61,13	67,42	72,73	55,56
De 1 a 5	1,20	0,53	1,12	3,03	11,11
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	42,82	38,34	31,46	24,24	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 57.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em saúde pública (Pergunta 34 – item 2)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,26	59,95	62,92	63,64	66,67
De 1 a 5	2,15	2,10	3,37	9,09	11,11
De 6 a 10	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	1,12	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	42,59	37,82	32,59	27,27	22,22
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 58.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em outras áreas (Pergunta 34 – item 3)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,74	59,42	66,29	72,73	66,67
De 1 a 5	0,96	2,64	4,49	0,00	0,00
De 6 a 10	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,06	37,94	29,22	27,27	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 59.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* na área de planejamento (Pergunta 34 – item 4)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,74	61,26	65,17	63,64	66,67
De 1 a 5	1,20	0,53	2,24	6,06	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,06	38,21	32,59	30,30	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 60.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em saúde pública (Pergunta 34 – item 5)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,98	60,61	65,17	66,67	44,44
De 1 a 5	0,48	0,79	3,37	9,09	22,22
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,54	38,60	31,46	24,24	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 61.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em outras áreas (Pergunta 34 – item 6)

Região Nordeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,74	60,87	66,29	63,64	55,56
De 1 a 5	0,72	0,40	0,00	3,03	11,11
De 6 a 10	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,54	38,60	33,71	33,33	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Obs.: Porte municipal segundo as faixas populacionais:

Faixa 1 – Municípios com até 10 mil habitantes.

Faixa 2 – Municípios com mais 10 mil até 50 mil habitantes.

Faixa 3 – Municípios com mais 50 mil até 100 mil habitantes.

Faixa 4 – Municípios com mais 100 mil até 500 mil habitantes.

Faixa 5 – Municípios com mais de 500 mil habitantes.

## Região Sudeste

**Quadro 62.** Responsável pelo envio (Pergunta 4)

Região Sudeste

Em %

Responsável	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Gestor local	84,10	74,26	44,30	37,50	18,18
Responsável pela área de planejamento	5,12	5,94	16,46	30,00	54,55
Técnico da área de planejamento	2,19	5,94	17,72	16,25	27,27
Assistente ou auxiliar da área de planejamento	2,56	3,22	5,06	3,75	0,00
Consultor externo	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00
Outros	5,48	8,42	15,19	10,00	0,00
Não informado	0,55	1,97	1,27	2,50	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 63.** Organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Pergunta 6)

Região Sudeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com organograma funcional	32,18	49,26	82,28	76,25	90,91
SMS sem organograma funcional	66,73	47,28	15,19	22,50	9,09
Não informado	1,09	3,46	2,53	1,25	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 64.** Organização formal da atividade de planejamento (Pergunta 10)

Região Sudeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com estrutura formal de planejamento	22,12	24,75	36,71	42,50	63,64
SMS sem estrutura formal de planejamento	75,69	70,79	60,76	56,25	27,27
Não informado	2,19	4,46	2,53	1,25	9,09
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 65.** Arranjo institucional por execução dos trabalhos de planejamento  
(Pergunta 9)

Região Sudeste

Em %

Áreas que desenvolvem o trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Orçamento da SMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras áreas da SMS	5,12	4,70	2,53	5,00	0,00
Outras secretarias	2,38	1,73	1,27	0,00	0,00
Consultores externos	2,38	2,23	0,00	0,00	0,00
Não se aplica ou não informou	90,12	91,34	96,20	95,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 66.** Relação entre a área de planejamento com a área de orçamento (Pergunta 13)

Região Sudeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com a área de orçamento	14,26	60,51	19,56	16,09	58,17	17,57	20,25	56,96	17,72	13,75	42,50	38,75	9,09	45,45	27,27
Não informado			5,67			8,17						5,00			18,19
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 67.** Relação entre a área de planejamento com outras áreas técnicas (Pergunta 14)

Região Sudeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com outras áreas técnicas	9,32	57,22	27,97	10,64	50,99	31,19	8,86	55,70	31,65	8,75	47,50	38,75	0,00	72,73	18,18
Não informado			5,49			7,18						5,00			9,09
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 68.** Relação entre a área de planejamento com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (Pergunta 15)

Região Sudeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com as SES	10,24	38,39	12,25	15,10	39,11	9,90	27,85	27,85	8,86	33,75	25,00	11,25	9,09	36,36	9,09
Não informado			39,12			35,89						30,00			45,46
Total			100,00			100,00						100,00			100,00

**Quadro 69.** Tipo de apoio técnico eventualmente utilizado (Pergunta 17)

Região Sudeste

Em %

Apoio técnico disponível	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Universidades	13,71	15,84	18,99	25,00	36,36
Centros de pesquisa	3,66	2,97	3,80	10,00	18,18
Empresas públicas de assessoria	9,51	7,18	10,13	8,75	18,18
Empresas privadas de assessoria	15,72	18,81	26,58	13,75	0,00
Contratação de consultores especializados	14,63	17,57	15,19	21,25	54,55
Outros	60,33	53,22	55,70	57,50	27,27

**Quadro 70.** Instrumentos de planejamento utilizados pelas SMS (Pergunta 18)

Região Sudeste

Em %

Instrumentos de planejamento	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Plano Municipal de Saúde	85,56	85,64	94,94	90,00	90,91
Relatório de avaliação	45,70	52,97	68,35	73,75	81,82
Programação anual	37,29	47,28	60,76	73,75	63,64
Relatório de acompanhamento	23,03	32,67	41,77	46,25	54,55
Outros	11,15	14,36	18,99	25,00	18,18

**Quadro 71.** Situação atual do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 20)

Região Sudeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inexistente	5,12	5,20	1,27	3,75	0,00
Em elaboração	30,53	23,51	20,25	21,25	27,27
Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho	10,05	9,65	8,86	6,25	0,00
Aprovado pelo respectivo conselho	48,63	53,22	64,56	63,75	54,55
Publicado pela esfera gestora responsável	3,29	3,47	2,53	3,75	9,09

**Quadro 72.** Períodos de vigência com maiores frequências do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 21)  
Região Sudeste

Períodos com maiores frequências	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4		Faixa 5		Em %
	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	
1997	0,55	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999	0,18	0,37	0,25	0,00	1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,00	0,00	0,50	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	2,19	0,00	0,99	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2002	2,01	0,18	2,72	0,00	1,27	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00
2003	2,19	0,00	1,98	0,00	1,27	0,00	1,25	0,00	0,00	0,00	0,00
2004	3,29	0,91	3,71	0,74	3,80	1,27	2,50	2,50	0,00	0,00	0,00
2005	29,43	2,74	32,92	1,98	30,38	1,27	32,50	0,00	36,36	0,00	0,00
2006	31,81	4,94	31,68	6,93	41,77	5,06	42,50	2,50	36,36	0,00	0,00
2007	0,00	10,97	0,00	11,14	0,00	12,66	0,00	11,25	0,00	0,00	9,09
2008	0,00	34,00	0,00	35,40	0,00	30,38	0,00	32,50	0,00	0,00	45,45
2009	0,00	25,41	0,00	25,99	0,00	40,51	0,00	38,75	0,00	0,00	36,36
2010	0,00	3,29	0,00	3,22	0,00	0,00	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00
2011	0,00	3,29	0,00	0,74	0,00	1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	28,35	13,90	25,00	13,11	20,24	7,58	18,75	10,00	27,28	0,00	9,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 73.** Situação do espaço de trabalho (Pergunta 22)

Região Sudeste

Em %

Espaço de trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	13,71	10,89	17,72	20,00	18,18
Razoavelmente adequado	55,58	63,61	56,96	53,75	36,36
Adequado	25,41	18,07	20,25	22,50	27,27
Não informado	5,30	7,43	5,07	3,75	18,19
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 74.** Características mais frequentes que identificam positivamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Sudeste

Em %

Características positivas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Muito amplo	6,03	5,69	2,53	7,50	0,00
Silencioso	9,51	8,91	8,86	12,50	9,09
Temperatura agradável	31,99	34,65	40,51	33,75	27,27
Iluminação adequada	45,70	48,76	54,43	52,50	27,27
Bem localizado	53,93	55,94	56,96	48,75	27,27
Suficientemente reservado	15,54	15,35	13,92	23,75	18,18
Dimensões adequadas	30,16	30,20	36,71	28,75	27,27

**Quadro 75.** Características mais frequentes que identificam negativamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Sudeste

Em %

Características negativas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Barulhento	32,91	33,17	31,65	41,25	27,27
Quente	25,59	21,29	26,58	27,50	27,27
Frio	5,48	3,22	2,53	6,25	0,00
Úmido	6,40	2,97	2,53	1,25	0,00
Iluminação inadequada	13,71	13,37	11,39	12,50	45,45
Localização inadequada	19,56	16,83	13,92	16,25	18,18
Pouca privacidade	56,31	53,22	51,90	47,50	36,36
Muito pequeno	32,91	31,44	22,78	27,50	36,36

**Quadro 76.** Quantidade de impressoras disponíveis na área de planejamento  
(Pergunta 25 – item 1)

Região Sudeste

Em %

Número de impressoras	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	1,10	2,23	2,53	3,75	0,00
De 1 a 5	90,87	85,16	78,47	80,00	72,72
De 6 a 10	2,37	2,98	10,12	6,25	9,09
De 11 a 20	0,18	0,00	1,27	0,00	9,09
Mais de 20	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	5,30	9,63	7,61	10,00	9,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 77.** Quantidade de microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 25 – item 2)

Região Sudeste

Em %

Número de microcomputadores	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhum	0,91	2,23	1,27	0,00	0,00
De 1 a 5	88,85	79,95	68,36	72,50	54,54
De 6 a 10	5,13	8,66	16,46	15,00	18,18
De 11 a 20	0,36	0,75	7,60	6,25	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	1,27	1,25	18,18
Não informado	4,75	8,41	5,04	5,00	9,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 78.** Adequação da quantidade e qualidade dos microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 26)

Região Sudeste

Em %

Quantidade e qualidade	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	16,27	17,57	18,99	23,75	18,18
Razoavelmente adequado	47,71	45,54	45,57	42,50	36,36
Adequado	29,62	26,49	30,38	30,00	36,36
Não informado	6,40	10,40	5,06	3,75	9,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 79.** Pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 27)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
De 1 a 3	39,85	29,21	25,32	30,00	9,09
De 4 a 6	23,22	25,74	12,66	20,00	45,45
De 7 a 9	3,84	6,93	13,92	13,75	9,09
10 pessoas ou mais	2,38	5,45	12,66	13,75	27,27
Sem pessoal especificamente alocado	28,15	26,98	32,91	21,25	0,00
Não informado	2,56	5,69	2,53	1,25	9,10
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 80.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – fundamental completo (Pergunta 32 – item 2)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	15,36	15,59	17,72	18,75	18,18
De 1 a 5	12,80	8,93	5,07	6,25	9,09
De 6 a 10	0,18	0,25	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	71,30	75,23	77,21	75,00	72,73
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 81.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – médio completo (Pergunta 32 – item 4)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	4,57	7,18	8,86	10,00	9,09
De 1 a 5	48,26	38,86	34,18	33,75	18,18
De 6 a 10	3,12	4,95	5,07	2,50	0,00
De 11 a 20	0,91	0,50	1,27	1,25	9,09
Mais de 20	0,90	0,00	1,27	1,25	0,00
Não informado	42,24	48,51	49,35	51,25	63,64
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 82.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – superior completo (Pergunta 33 – item 2)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	7,31	7,67	7,59	7,50	9,09
De 1 a 5	53,74	49,75	51,89	47,50	27,27
De 6 a 10	2,93	3,72	6,33	8,75	9,09
De 11 a 20	0,55	0,99	2,53	3,75	9,09
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	1,25	0,00
Não informado	35,47	37,87	31,66	31,25	45,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 83.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização na área de planejamento (Pergunta 33 – item 3)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	17,55	18,32	15,19	20,00	18,18
De 1 a 5	3,83	5,70	8,87	16,25	27,27
De 6 a 10	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	78,62	75,73	75,94	63,75	54,55
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 84.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em saúde pública (Pergunta 33 – item 4)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	14,44	13,86	11,39	7,50	0,00
De 1 a 5	14,07	22,03	29,11	53,75	63,63
De 6 a 10	0,18	0,75	1,27	0,00	9,09
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	71,31	63,36	58,23	38,75	27,28
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 85.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em outras áreas (Pergunta 33 – item 5)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	14,26	12,87	11,39	12,50	9,09
De 1 a 5	14,08	20,54	29,11	32,50	36,36
De 6 a 10	0,36	0,75	1,27	0,00	0,00
De 11 a 20	0,18	0,25	0,00	2,50	9,09
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	71,12	65,59	58,23	52,50	45,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 86.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional na área de planejamento (Pergunta 34 – item 1)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,28	19,06	17,72	27,50	18,18
De 1 a 5	0,55	1,00	0,00	3,75	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	81,17	79,94	82,28	68,75	81,82
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 87.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em saúde pública (Pergunta 34 – item 2)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,65	19,06	17,72	28,75	18,18
De 1 a 5	1,65	3,22	1,27	3,75	9,09
De 6 a 10	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	79,52	77,72	81,01	67,50	72,73
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 88.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em outras áreas (Pergunta 34 – item 3)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,10	18,56	16,46	26,25	9,09
De 1 a 5	1,46	2,97	2,54	3,75	27,27
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	80,44	78,47	81,00	70,00	63,64
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 89.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* na área de planejamento (Pergunta 34 – item 4)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,46	19,06	17,72	26,25	18,18
De 1 a 5	0,55	0,50	1,27	1,25	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	80,99	80,44	81,01	72,50	81,82
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 90.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em saúde pública (Pergunta 34 – item 5)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,65	19,06	16,46	26,25	9,09
De 1 a 5	0,73	0,74	1,27	6,25	27,27
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	80,62	80,20	82,27	67,50	63,64
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 91.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em outras áreas (Pergunta 34 – item 6)

Região Sudeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,46	18,07	17,72	26,25	18,18
De 1 a 5	0,37	1,24	3,80	3,75	0,00
De 6 a 10	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	80,99	80,69	78,48	70,00	81,82
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Obs.: Porte municipal segundo as faixas populacionais:

Faixa 1 – Municípios com até 10 mil habitantes.

Faixa 2 – Municípios com mais 10 mil até 50 mil habitantes.

Faixa 3 – Municípios com mais 50 mil até 100 mil habitantes.

Faixa 4 – Municípios com mais 100 mil até 500 mil habitantes.

Faixa 5 – Municípios com mais de 500 mil habitantes.

## Região Sul

**Quadro 92.** Responsável pelo envio (Pergunta 4)

Região Sul

Em %

Responsável	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Gestor local	71,66	65,77	43,48	21,43	50,00
Responsável pela área de planejamento	4,33	6,92	17,39	32,14	50,00
Técnico da área de planejamento	4,33	3,85	15,22	25,00	0,00
Assistente ou auxiliar da área de planejamento	5,60	6,92	10,87	7,14	0,00
Consultor externo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros	11,55	14,23	13,04	14,29	0,00
Não informado	2,53	2,31	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 93.** Organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Pergunta 6)

Região Sul

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com organograma funcional	37,55	49,62	73,91	82,14	100,00
SMS sem organograma funcional	59,03	46,92	26,09	17,86	0,00
Não informado	3,42	3,46	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 94.** Organização formal da atividade de planejamento (Pergunta 10)

Região Sul

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com estrutura formal de planejamento	27,80	25,77	36,96	50,00	100,00
SMS sem estrutura formal de planejamento	67,51	70,38	63,04	50,00	0,00
Não informado	4,69	3,85	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 95.** Arranjo institucional por execução dos trabalhos de planejamento  
(Pergunta 9)

Região Sul

Em %

Áreas que desenvolvem o trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Orçamento da SMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras áreas da SMS	8,48	9,62	10,87	7,14	0,00
Outras secretarias	2,71	3,85	4,35	3,57	0,00
Consultores externos	1,99	0,77	0,00	0,00	0,00
Não se aplica ou não informou	86,82	85,76	84,78	89,29	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 96.** Relação entre a área de planejamento com a área de orçamento (Pergunta 13)Região Sul Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com a área de orçamento	9,03	61,19	23,47	15,00	56,15	22,31	28,26	43,48	28,26	17,86	57,14	25,00	0,00	50,00	50,00
Não informado			6,31			6,54			0,00			0,00			0,00
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 97.** Relação entre a área de planejamento com outras áreas técnicas (Pergunta 14)Região Sul Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com outras áreas técnicas	5,96	62,09	25,45	10,00	59,62	23,85	15,22	58,70	26,09	7,14	60,71	32,14	0,00	50,00	50,00
Não informado			6,50			6,53			-0,01			0,01			0,00
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 98.** Relação entre a área de planejamento com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (Pergunta 15)Região Sul Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com as SES	23,83	56,86	7,40	32,69	51,92	5,00	43,48	39,13	8,70	42,86	46,43	3,57	50,00	50,00	0,00
Não informado			11,91			10,39			8,69			7,14			0,00
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 99.** Tipo de apoio técnico eventualmente utilizado (Pergunta 17)

Região Sul

Em %

Apoio técnico disponível	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Universidades	17,15	22,69	41,30	39,29	50,00
Centros de pesquisa	2,89	6,15	8,70	7,14	0,00
Empresas públicas de assessoria	13,00	11,15	8,70	3,57	0,00
Empresas privadas de assessoria	20,94	19,62	17,39	14,29	50,00
Contratação de consultores especializados	14,62	18,85	19,57	28,57	50,00
Outros	50,18	49,62	36,96	42,86	50,00

**Quadro 100.** Instrumentos de planejamento utilizados pelas SMS (Pergunta 18)

Região Sul

Em %

Instrumentos de planejamento	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Plano Municipal de Saúde	84,30	88,08	91,30	92,86	100,00
Relatório de avaliação	45,85	49,23	63,04	50,00	100,00
Programação anual	49,46	51,92	65,22	71,43	100,00
Relatório de acompanhamento	33,57	39,23	47,83	46,43	100,00
Outros	10,47	18,85	19,57	42,86	50,00

**Quadro 101.** Situação atual do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 20)

Região Sul

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inexistente	3,43	4,23	2,17	0,00	0,00
Em elaboração	29,60	30,77	39,13	28,57	50,00
Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho	8,84	13,46	13,04	25,00	0,00
Aprovado pelo respectivo conselho	48,38	45,77	45,65	39,29	50,00
Publicado pela esfera gestora responsável	4,69	2,31	0,00	7,14	0,00

**Quadro 102.** Períodos de vigência com maiores frequências do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 21)  
Região Sul

Em %

Períodos com maiores frequências	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4		Faixa 5	
	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término
1997	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999	0,54	0,00	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,36	0,54	0,77	0,38	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	3,07	0,00	1,92	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2002	1,62	0,18	2,69	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2003	3,79	0,18	2,31	0,00	2,17	2,17	7,14	0,00	0,00	0,00
2004	4,69	1,99	5,00	1,92	4,35	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00
2005	35,02	1,26	39,23	1,92	34,78	0,00	35,71	7,14	0,00	0,00
2006	24,01	5,60	26,54	7,69	36,96	8,70	39,29	7,14	50,00	0,00
2007	11,91	8,30	10,38	10,00	13,04	13,04	10,71	7,14	50,00	0,00
2008	0,00	41,16	0,00	38,85	0,00	36,96	0,00	28,57	0,00	0,00
2009	0,00	19,31	0,00	23,85	0,00	30,43	0,00	42,86	0,00	100,00
2010	0,00	4,69	0,00	3,46	0,00	4,35	0,00	3,57	0,00	0,00
2011	0,00	1,08	0,00	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	14,63	15,71	10,78	11,55	2,19	2,18	3,58	0,01	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 103.** Situação do espaço de trabalho (Pergunta 22)

Região Sul

Em %

Espaço de trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	8,66	13,85	17,39	28,57	0,00
Razoavelmente adequado	55,05	62,69	54,35	39,29	50,00
Adequado	27,98	16,92	23,91	32,14	50,00
Não informado	8,31	6,54	4,35	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 104.** Características mais frequentes que identificam positivamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Sul

Em %

Características positivas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Muito amplo	6,14	5,00	4,35	0,00	50,00
Silencioso	11,37	7,31	10,87	0,00	0,00
Temperatura agradável	35,20	26,54	32,61	25,00	50,00
Iluminação adequada	46,39	45,38	56,52	39,29	100,00
Bem localizado	56,86	54,23	43,48	53,57	50,00
Suficientemente reservado	18,59	17,69	21,74	14,29	0,00
Dimensões adequadas	34,84	28,08	26,09	25,00	50,00

**Quadro 105.** Características mais frequentes que identificam negativamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Sul

Em %

Características negativas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Barulhento	27,08	36,54	32,61	50,00	50,00
Quente	24,37	30,38	21,74	28,57	50,00
Frio	9,21	9,62	0,00	3,57	0,00
Úmido	4,51	4,23	2,17	0,00	0,00
Iluminação inadequada	9,93	11,54	8,70	14,29	0,00
Localização inadequada	12,45	15,00	23,91	28,57	0,00
Pouca privacidade	41,70	54,23	47,83	75,00	50,00
Muito pequeno	35,38	38,85	32,61	35,71	0,00

**Quadro 106.** Quantidade de impressoras disponíveis na área de planejamento  
(Pergunta 25 – item 1)

Região Sul

Em %

Número de impressoras	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	3,43	4,62	13,04	10,71	0,00
De 1 a 5	86,29	80,00	73,91	78,58	50,00
De 6 a 10	3,07	5,38	10,86	3,57	0,00
De 11 a 20	0,18	2,29	0,00	3,57	50,00
Mais de 20	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00
Não informado	7,03	6,95	2,19	3,57	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 107.** Quantidade de microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 25 – item 2)

Região Sul

Em %

Número de microcomputadores	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhum	2,89	3,46	8,70	7,14	0,00
De 1 a 5	78,70	75,00	71,73	67,86	0,00
De 6 a 10	10,65	9,99	13,04	14,28	0,00
De 11 a 20	0,72	3,05	2,17	3,57	0,00
Mais de 20	0,18	1,91	2,17	3,57	100,00
Não informado	6,86	6,59	2,19	3,58	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 108.** Adequação da quantidade e qualidade dos microcomputadores disponíveis na área de planejamento (Pergunta 26)

Região Sul

Em %

Quantidade e qualidade	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	10,29	15,38	19,57	21,43	0,00
Razoavelmente adequado	44,58	42,31	43,48	28,57	0,00
Adequado	37,00	35,77	32,61	46,43	100,00
Não informado	8,13	6,54	4,34	3,57	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 109.** Pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 27)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
De 1 a 3	37,73	23,46	26,09	21,43	0,00
De 4 a 6	18,77	23,46	19,57	21,43	0,00
De 7 a 9	2,71	8,46	13,04	7,14	0,00
10 pessoas ou mais	2,89	4,62	8,70	17,86	100,00
Sem pessoal especificamente alocado	32,85	35,77	30,43	32,14	0,00
Não informado	5,05	4,23	2,17	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 110.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – fundamental completo (Pergunta 32 – item 2)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	45,49	51,54	58,70	39,29	100,00
De 1 a 5	11,73	8,07	2,17	3,57	0,00
De 6 a 10	0,72	0,76	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	3,57	0,00
Mais de 20	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	41,88	39,63	39,13	53,57	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 111.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – médio completo (Pergunta 32 – item 4)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	20,40	21,92	34,78	25,00	50,00
De 1 a 5	50,01	45,00	32,61	21,43	0,00
De 6 a 10	3,97	5,76	6,52	3,57	0,00
De 11 a 20	0,90	0,76	2,17	3,57	0,00
Mais de 20	0,36	0,76	0,00	0,00	50,00
Não informado	24,36	25,80	23,92	46,43	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 112.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – superior completo (Pergunta 33 – item 2)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	18,95	19,23	26,09	10,71	0,00
De 1 a 5	54,33	55,38	60,88	46,42	0,00
De 6 a 10	2,88	4,99	0,00	7,14	0,00
De 11 a 20	0,72	2,30	2,17	3,57	0,00
Mais de 20	0,18	0,00	0,00	0,00	100,00
Não informado	22,94	18,10	10,86	32,16	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 113.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização na área de planejamento (Pergunta 33 – item 3)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	49,82	55,00	45,65	32,14	50,00
De 1 a 5	4,69	3,46	17,38	14,29	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	45,49	41,54	36,97	53,57	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 114.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em saúde pública (Pergunta 33 – item 4)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	42,96	40,00	30,43	17,86	0,00
De 1 a 5	19,13	24,62	43,47	42,85	50,00
De 6 a 10	0,00	0,38	0,00	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	37,91	35,00	26,10	39,29	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 115.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em outras áreas (Pergunta 33 – item 5)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	39,17	36,92	30,43	10,71	0,00
De 1 a 5	20,94	27,31	32,61	46,42	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	4,34	3,57	50,00
De 11 a 20	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
Não informado	39,71	35,77	32,62	39,30	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 116.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional na área de planejamento (Pergunta 34 – item 1)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,96	58,85	58,70	42,86	100,00
De 1 a 5	1,44	1,54	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	42,60	39,61	41,30	57,14	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 117.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em saúde pública (Pergunta 34 – item 2)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	54,51	56,92	54,35	42,86	100,00
De 1 a 5	2,89	4,61	4,34	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	42,60	38,47	41,31	57,14	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 118.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em outras áreas (Pergunta 34 – item 3)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,42	58,08	54,35	35,71	0,00
De 1 a 5	1,26	2,31	4,35	10,71	50,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,32	39,61	41,30	53,58	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 119.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* na área de planejamento (Pergunta 34 – item 4)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,96	59,23	58,70	42,86	100,00
De 1 a 5	0,18	0,00	0,00	3,57	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,86	40,77	41,30	53,57	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 120.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em saúde pública (Pergunta 34 – item 5)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,23	58,85	56,52	42,86	100,00
De 1 a 5	1,26	0,76	8,70	7,14	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,51	40,39	34,78	50,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 121.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em outras áreas (Pergunta 34 – item 6)

Região Sul

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	55,23	57,31	56,52	32,14	100,00
De 1 a 5	0,90	2,31	4,35	10,71	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,87	40,38	39,13	57,15	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Obs.: Porte municipal segundo as faixas populacionais:

Faixa 1 – Municípios com até 10 mil habitantes.

Faixa 2 – Municípios com mais 10 mil até 50 mil habitantes.

Faixa 3 – Municípios com mais 50 mil até 100 mil habitantes.

Faixa 4 – Municípios com mais 100 mil até 500 mil habitantes.

Faixa 5 – Municípios com mais de 500 mil habitantes.

## Região Centro-Oeste

**Quadro 122.** Responsável pelo envio (Pergunta 4)

Região Centro-Oeste

Em %

Responsável	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Gestor local	82,42	77,48	50,00	12,50	33,33
Responsável pela área de planejamento	2,20	4,50	8,33	62,50	66,67
Técnico da área de planejamento	2,75	6,31	8,33	12,50	0,00
Assistente ou auxiliar da área de planejamento	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Consultor externo	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros	9,34	8,11	33,33	0,00	0,00
Não informado	2,19	3,60	0,01	12,50	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 123.** Organograma funcional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)  
(Pergunta 6)

Região Centro-Oeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com organograma funcional	53,30	55,86	91,67	75,00	66,67
SMS sem organograma funcional	42,31	36,94	8,33	12,50	0,00
Não informado	4,39	7,20	0,00	12,50	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 124.** Organização formal da atividade de planejamento (Pergunta 10)

Região Centro-Oeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
SMS com estrutura formal de planejamento	37,36	27,93	41,67	75,00	66,67
SMS sem estrutura formal de planejamento	56,59	64,86	58,33	12,50	0,00
Não informado	6,05	7,21	0,00	12,50	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 125.** Arranjo institucional por execução dos trabalhos de planejamento  
(Pergunta 9)

Região Centro-Oeste

Em %

Áreas que desenvolvem o trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Orçamento da SMS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras áreas da SMS	7,14	4,50	0,00	0,00	0,00
Outras secretarias	1,10	2,70	0,00	0,00	0,00
Consultores externos	3,85	4,50	0,00	0,00	0,00
Não se aplica ou não informou	87,91	88,30	100,00	100,00	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 126.** Relação entre a área de planejamento com a área de orçamento (Pergunta 13)  
Região Centro-Oeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com a área de orçamento	13,19	62,09	15,93	9,01	62,16	18,92	25,00	66,67	0,00	25,00	50,00	0,00	0,00	66,67	0,00
Não informado			8,79			9,91			8,33			25,00			33,33
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 127.** Relação entre a área de planejamento com outras áreas técnicas (Pergunta 14)  
Região Centro-Oeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com outras áreas técnicas	10,44	62,64	17,58	9,91	54,95	25,23	8,33	83,33	8,33	0,00	75,00	0,00	33,33	33,33	0,00
Não informado			9,34			9,91			0,01			25,00			33,34
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 128.** Relação entre a área de planejamento com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (Pergunta 15)  
Região Centro-Oeste

Em %

Desenvolvimento de trabalhos em conjunto	Faixa 1			Faixa 2			Faixa 3			Faixa 4			Faixa 5		
	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte	Fraco	Médio	Forte
Com as SES	19,78	52,20	6,59	24,32	41,44	8,11	33,33	58,33	0,00	62,50	12,50	0,00	66,67	0,00	0,00
Não informado			21,43			26,13			8,34			25,00			33,33
Total			100,00			100,00			100,00			100,00			100,00

**Quadro 129.** Tipo de apoio técnico eventualmente utilizado (Pergunta 17)

Região Centro-Oeste

Em %

Apoio técnico disponível	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Universidades	8,24	17,12	16,67	0,00	0,00
Centros de pesquisa	4,40	1,80	0,00	0,00	0,00
Empresas públicas de assessoria	11,54	7,21	16,67	12,50	0,00
Empresas privadas de assessoria	25,27	18,02	33,33	12,50	0,00
Contratação de consultores especializados	17,58	15,32	41,67	12,50	33,33
Outros	49,45	57,66	25,00	62,50	33,33

**Quadro 130.** Instrumentos de planejamento utilizados pelas SMS (Pergunta 18)

Região Centro-Oeste

Em %

Instrumentos de planejamento	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Plano Municipal de Saúde	87,91	80,18	91,67	75,00	66,67
Relatório de avaliação	49,45	57,66	41,67	50,00	66,67
Programação anual	45,60	44,14	58,33	50,00	66,67
Relatório de acompanhamento	35,16	36,94	50,00	25,00	33,33
Outros	9,34	18,02	16,67	25,00	66,67

**Quadro 131.** Situação atual do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 20)

Região Centro-Oeste

Em %

Situação	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inexistente	1,65	5,41	8,33	0,00	0,00
Em elaboração	15,38	12,61	0,00	0,00	0,00
Elaborado e em apreciação pelo respectivo conselho	8,24	8,11	0,00	0,00	0,00
Aprovado pelo respectivo conselho	65,93	63,96	83,33	62,50	66,67
Publicado pela esfera gestora responsável	3,30	2,70	8,33	12,50	0,00

**Quadro 132.** Períodos de vigência com maiores frequências do Plano Municipal de Saúde (Pergunta 2 1) Região Centro-Oeste

Em %

Períodos com maiores frequências	Faixa 1		Faixa 2		Faixa 3		Faixa 4		Faixa 5	
	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término	Início	Término
1997	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1999	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2002	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2003	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2004	3,85	0,00	3,60	0,00	8,33	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00
2005	46,15	0,00	42,34	0,00	33,33	0,00	37,50	0,00	0,00	0,00
2006	27,47	9,89	27,03	7,21	50,00	0,00	25,00	0,00	33,33	0,00
2007	10,99	13,19	9,01	13,51	0,00	8,33	0,00	12,50	0,00	33,33
2008	0,00	39,01	0,00	35,14	0,00	41,67	0,00	25,00	0,00	0,00
2009	0,00	26,37	0,00	27,03	0,00	41,67	0,00	37,50	0,00	33,33
2010	0,00	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2011	0,00	0,00	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	9,89	10,44	17,12	16,21	8,34	8,33	25,00	25,00	33,34	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 133.** Situação do espaço de trabalho (Pergunta 22)

Região Centro-Oeste

Em %

Espaço de trabalho	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	14,29	9,91	8,33	12,50	0,00
Razoavelmente adequado	53,85	59,46	66,67	50,00	33,33
Adequado	22,53	21,62	16,67	0,00	33,33
Não informado	9,33	9,01	8,33	37,50	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 134.** Características mais frequentes que identificam positivamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Centro-Oeste

Em %

Características positivas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Muito amplo	6,04	7,21	0,00	12,50	0,00
Silencioso	10,44	8,11	8,33	12,50	0,00
Temperatura agradável	38,46	36,94	50,00	25,00	66,67
Iluminação adequada	45,05	47,75	50,00	37,50	33,33
Bem localizado	53,85	54,95	50,00	50,00	66,67
Suficientemente reservado	11,54	11,71	8,33	0,00	33,33
Dimensões adequadas	21,43	28,83	41,67	25,00	0,00

**Quadro 135.** Características mais frequentes que identificam negativamente o espaço de trabalho (Pergunta 23)

Região Centro-Oeste

Em %

Características negativas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Barulhento	22,53	18,02	25,00	25,00	33,33
Quente	29,67	28,83	16,67	37,50	0,00
Frio	0,55	0,90	0,00	0,00	0,00
Úmido	3,85	0,00	0,00	12,50	0,00
Iluminação inadequada	14,29	6,31	16,67	12,50	0,00
Localização inadequada	15,93	17,12	16,67	0,00	0,00
Pouca privacidade	47,80	42,34	50,00	37,50	33,33
Muito pequeno	38,46	37,84	33,33	25,00	0,00

**Quadro 136.** Quantidade de impressoras disponíveis na área de planejamento  
(Pergunta 25 – item 1)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de impressoras	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	7,14	4,50	8,33	0,00	33,33
De 1 a 5	80,23	77,47	74,99	62,50	0,00
De 6 a 10	0,55	7,20	0,00	12,50	33,33
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	12,08	10,83	16,68	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 137.** Quantidade de microcomputadores disponíveis na área de  
planejamento (Pergunta 25 – item 2)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de microcomputadores	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhum	4,40	4,50	8,33	0,00	0,00
De 1 a 5	80,22	70,26	58,32	50,00	0,00
De 6 a 10	3,30	11,70	16,66	12,50	66,66
De 11 a 20	0,55	2,70	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	12,50	0,00
Não informado	11,53	10,84	16,69	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 138.** Adequação da quantidade e qualidade dos microcomputadores  
disponíveis na área de planejamento (Pergunta 26)

Região Centro-Oeste

Em %

Quantidade e qualidade	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Inadequado	17,58	14,41	8,33	37,50	0,00
Razoavelmente adequado	49,45	50,45	41,67	25,00	0,00
Adequado	21,43	25,23	33,33	12,50	66,67
Não informado	11,54	9,91	16,67	25,00	33,33
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 139.** Pessoal em atuação na área de planejamento (Pergunta 27)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
De 1 a 3	29,12	24,32	50,00	25,00	0,00
De 4 a 6	25,82	24,32	8,33	25,00	0,00
De 7 a 9	8,24	11,71	0,00	0,00	33,33
10 pessoas ou mais	3,85	6,31	0,00	12,50	33,33
Sem pessoal especificamente alocado	28,02	26,13	41,67	12,50	0,00
Não informado	4,95	7,21	0,00	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 140.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – fundamental completo (Pergunta 32 – item 2)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	40,66	35,14	41,67	50,00	33,33
De 1 a 5	6,60	8,10	0,00	12,50	0,00
De 6 a 10	2,20	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	49,44	56,76	58,33	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 141.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – médio completo (Pergunta 32 – item 4)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	13,74	15,32	25,00	50,00	33,33
De 1 a 5	50,00	42,34	41,67	25,00	33,33
De 6 a 10	5,50	3,60	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	29,11	38,74	33,33	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 142.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – superior completo (Pergunta 33 – item 2)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	12,64	16,22	8,33	12,50	0,00
De 1 a 5	57,69	47,74	50,00	62,50	66,66
De 6 a 10	2,20	7,21	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,90	0,00	0,00	0,00
Não informado	26,37	27,93	41,67	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 143.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização na área de planejamento (Pergunta 33 – item 3)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	44,51	36,04	41,67	62,50	33,33
De 1 a 5	4,95	6,31	0,00	12,50	33,33
De 6 a 10	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	49,99	57,65	58,33	25,00	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 144.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em saúde pública (Pergunta 33 – item 4)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	33,52	30,63	16,67	50,00	0,00
De 1 a 5	23,08	27,02	50,00	12,50	66,66
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	43,40	42,35	33,33	37,50	33,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 145.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – especialização em outras áreas (Pergunta 33 – item 5)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	34,62	27,93	16,67	37,50	0,00
De 1 a 5	16,49	27,02	41,67	25,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	48,89	45,05	41,66	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 146.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional na área de planejamento (Pergunta 34 – item 1)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	48,90	40,54	41,67	62,50	33,33
De 1 a 5	0,55	3,60	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	50,55	55,86	58,33	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 147.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em saúde pública (Pergunta 34 – item 2)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	47,25	39,64	41,67	62,50	33,33
De 1 a 5	3,30	0,90	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	49,45	59,46	58,33	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 148.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado profissional em outras áreas (Pergunta 34 – item 3)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	47,80	38,74	33,33	50,00	33,33
De 1 a 5	0,55	5,40	8,33	12,50	0,00
De 6 a 10	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	51,10	55,86	58,34	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 149.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* na área de planejamento (Pergunta 34 – item 4)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	48,35	40,54	41,67	62,50	33,33
De 1 a 5	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	51,10	59,46	58,33	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 150.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em saúde pública (Pergunta 34 – item 5)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	46,15	40,54	41,67	62,50	33,33
De 1 a 5	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	51,65	59,46	58,33	37,50	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

**Quadro 151.** Pessoal em atuação na área de planejamento segundo os níveis de formação – mestrado *strictu sensu* em outras áreas (Pergunta 34 – item 6)

Região Centro-Oeste

Em %

Número de pessoas	Faixa 1	Faixa 2	Faixa 3	Faixa 4	Faixa 5
Nenhuma	47,80	40,54	41,67	50,00	33,33
De 1 a 5	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00
De 6 a 10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
De 11 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mais de 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Não informado	51,65	59,46	58,33	50,00	66,67
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Obs.: Porte municipal segundo as faixas populacionais:

Faixa 1 – Municípios com até 10 mil habitantes.

Faixa 2 – Municípios com mais 10 mil até 50 mil habitantes.

Faixa 3 – Municípios com mais 50 mil até 100 mil habitantes.

Faixa 4 – Municípios com mais 100 mil até 500 mil habitantes.

Faixa 5 – Municípios com mais de 500 mil habitantes.

## Questionário para respostas na internet



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento  
Coordenação Geral de Planejamento

### QUESTIONÁRIO PLANEJASUS

#### COLETA DE INFORMAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO DAS SECRETARIAS ESTADUAIS OU MUNICIPAIS DE SAÚDE

Este levantamento é parte integrante da programação nacional para implementação do PlanejaSUS, obtida a partir das programações regionais consensuadas nas Oficinas Macrorregionais realizadas nos meses de março e abril de 2006 e tem como finalidade:

- 1) Obter informações que permitam caracterizar o desenvolvimento da atividade de planejamento no SUS, em nível estadual ou municipal;
- 2) conhecer as condições de infra-estrutura e de suprimento logístico disponíveis à atividade de planejamento;
- 3) conhecer o nível de formação e de capacitação em planejamento do pessoal em atuação nas áreas de planejamento.

Ao solicitar as respostas às indagações aqui apresentadas, esclarecemos que, estas têm caráter de inquérito e que no cômputo geral não será identificada a SES ou SMS a que se refere, nem o (a) responsável pelo seu preenchimento, nem a pessoa por ele (a) indicada como contato. Dessa forma, pretendemos que as informações fornecidas retratem a realidade local para que contribuam para a formação de um perfil realista da atividade de planejamento no âmbito do SUS. Informamos também, que embora o presente Questionário seja auto explicativo, fornecemos em anexo as orientações necessárias para auxiliar o seu preenchimento.

#### I Identificação

3. Órgão Gestor
  - 1) Secretaria Estadual
  - 2) Secretaria MunicipalMunicípio:

4. Responsável pelos dados
  - 1) Gestor local
  - 2) Responsável pela área de planejamento
  - 3) Técnico da área de planejamento
  - 4) Assistente ou auxiliar da área de planejamento
  - 5) Consultor externo
  - 6) Outros

5. Identificação do responsável pelos dados

Nome:

Telefone:

E-mail:

## II Inserção organizacional

6. O órgão gestor estadual ou municipal possui organograma funcional?
  - 1) Sim
  - 2) Não
7. Caso a resposta da questão anterior tenha sido “SIM”, ordene, de forma decrescente, os níveis funcionais que articulam a área de planejamento com o Gabinete do Secretário. Com essa finalidade clique na seta do campo “ESTRUTURA ORGANIZACIONAL” e no rol de opções apresentado selecione o nível funcional na sequência correspondente.
8. Caso a resposta da questão anterior tenha sido “NÃO”, ordene, de forma decrescente, a articulação informal da área de planejamento com o Gabinete do Secretário. Com essa finalidade clique na seta do campo “ESTRUTURA ORGANIZACIONAL” e no rol de opções apresentado selecione o nível funcional na sequência correspondente.
9. Ainda em caso NEGATIVO para a QUESTÃO 6 e da área de planejamento não dispor nem de uma estrutura informal, que tipo de arranjo a secretaria utiliza para o desenvolvimento dos trabalhos de planejamento.
  - 1) Os trabalhos são desenvolvidos pela área de orçamento
  - 2) Os trabalhos são desenvolvidos por outras secretarias
  - 3) Os trabalhos são desenvolvidos por outras áreas
  - 4) Os trabalhos são desenvolvidos por consultores externos.

10. A área de planejamento tem estruturação organizacional interna formal como parte do organograma funcional?
  - 1) Sim
  - 2) Não
  
11. Caso a resposta da questão anterior tenha sido “SIM”, ordene, de forma decrescente, os níveis funcionais de articulação favor escrever, de forma resumida, como se dá a articulação da área de planejamento com o gabinete do Secretário ou Substituto. Em caso negativo proceder da mesma forma.
  
12. Caso a resposta da questão anterior tenha sido “NÃO”, ordene, de forma decrescente, os níveis de articulação interna informal da área de planejamento. Com essa finalidade clique na seta do campo “ARTICULAÇÃO INFORMAL DA ÁREA DE PLANEJAMENTO” e no rol de opções apresentado marque o nível estrutural da sequência correspondente.
  
13. Relacione o grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto entre as áreas de planejamento e orçamento:
  - 1) Fraco
  - 2) Médio
  - 3) Forte
  
14. Relacione o grau de intensidade do desenvolvimento de trabalhos em conjunto da área de planejamento com as demais áreas técnicas do órgão gestor:
  - 1) Fraco
  - 2) Médio
  - 3) Forte
  
15. Relacione o grau de intensidade da cooperação técnica, entre a SES e as SMS, na área de planejamento (pergunta a ser respondida pela SES):
  - 1) Fraco
  - 2) Médio
  - 3) Forte
  
16. Relacione o grau de intensidade de cooperação técnica, entre o Nível Federal e o Nível Estadual, na área de planejamento (pergunta a ser respondida pela SES):
  - 1) Fraco
  - 2) Médio
  - 3) Forte



#### IV Adequação em termos de infra-estrutura e suprimento logístico

22. Indique a situação que melhor identifica o espaço de trabalho com a quantidade de pessoas que o ocupa e as atividades que executam, de acordo com as alternativas:
- 1) Inadequado
  - 2) Razoavelmente adequado
  - 3) Adequado
23. Assinale com um "X" de três a cinco características que melhor identificam o espaço de trabalho disponível, relacionando com a sua resposta anterior:
- 1) Barulhento
  - 2) Quente
  - 3) Frio
  - 4) Úmido
  - 5) Iluminação inadequada
  - 6) Localização inadequada
  - 7) Pouca privacidade
  - 8) Muito pequeno
  - 9) Muito amplo
  - 10) Silencioso
  - 11) Temperatura agradável
  - 12) Iluminação adequada
  - 13) Bem localizado
  - 14) Suficientemente reservado
  - 15) Dimensões adequadas
24. Indique a situação que melhor identifica as condições de infra-estrutura e suprimento logístico que dão suporte à atividade de planejamento, de acordo com as alternativas:
- 1) Inadequada
  - 2) Razoavelmente adequada
  - 3) Adequada
- 1)  Móveis
  - 2)  Utensílios
  - 3)  Material de expediente
  - 4)  Suprimentos de informática
  - 5)  Telefone
  - 6)  Internet
  - 7)  Fax

25. Informe a quantidade de microcomputadores e impressoras disponíveis na área de planejamento.
- 1)  Microcomputadores
  - 2)  Impressoras
26. Com relação à quantidade de microcomputadores disponível e ao tempo médio de uso, informe a situação de adequação dessa quantidade e atualização do equipamento ao volume de trabalhos desenvolvidos e ao número de pessoas em atuação na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
- 1) Inadequado
  - 2) Razoavelmente adequado
  - 3) Adequado

#### V Situação do pessoal alocado

27. Informe o número de pessoas em atuação na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
- 1) Sem pessoal especificamente alocado
  - 2) Entre 1 e 3 pessoas
  - 3) Entre 4 e 6 pessoas
  - 4) Entre 7 e 9 pessoas
  - 5) De 10 a mais pessoas
28. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação ao vínculo empregatício, de acordo com as alternativas:
- 1) Quadro funcional
  - 2) Contrato temporário
  - 3) Contrato permanente
  - 4) Apenas cargo em comissão
  - 5) Trabalho terceirizado
  - 6) Outros
29. Indique o número de pessoas em atuação, segundo o tempo médio de trabalho na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
- 1) Pessoas com até um ano de atuação
  - 2) Pessoas com mais de um ano e até cinco anos
  - 3) Pessoas com mais de cinco e até dez anos
  - 4) Pessoas com mais de dez anos
  - 5) Outros

30. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação ao sexo, de acordo com as alternativas:
- 1) Sexo Feminino
  - 2) Sexo Masculino
31. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação às faixas etárias:
- 1) Abaixo de 18 anos
  - 2) De 18 a 21 anos
  - 3) De 22 a 40 anos
  - 4) De 41 a 59 anos
  - 5) Acima de 60 anos
32. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis Fundamental e Médio:
- 1) Fundamental incompleto
  - 2) Fundamental completo
  - 3) Médio incompleto
  - 4) Médio completo
33. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis Superior e de Especialização:
- 1) Superior incompleto
  - 2) Superior completo
  - 3) Especialização na área de Planejamento
  - 4) Especialização em Saúde Pública
  - 5) Especialização em outras áreas
34. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis de Mestrado:
- 1) Mestrado profissional na área de Planejamento
  - 2) Mestrado profissional em Saúde Pública
  - 3) Mestrado profissional em outras áreas
  - 4) Mestrado *strictu sensu* na área de Planejamento
  - 5) Mestrado *strictu sensu* em Saúde Pública
  - 6) Mestrado *strictu sensu* em outras áreas

- 35.** Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas possíveis para os níveis de Doutorado:
- 1) Doutorado na área de Planejamento
  - 2) Doutorado em Saúde Pública
  - 3) Doutorado em outras áreas
- 36.** Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à capacitação a ser oferecida para treinamento de curta duração e Especialização:
- 1) Oficinas técnicas específicas
  - 2) Treinamento em conceitos básicos na área de Planejamento
  - 3) Especialização na área de Planejamento
  - 4) Especialização em Saúde Pública
  - 5) Especialização em outras áreas
- 37.** Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à formação a ser oferecida em nível de Mestrado:
- 1) Mestrado profissional na área de Planejamento
  - 2) Mestrado profissional em Saúde Pública
  - 3) Mestrado profissional em outras áreas
  - 4) Mestrado *strictu sensu* na área de Planejamento
  - 5) Mestrado *strictu sensu* em Saúde Pública
  - 6) Mestrado *strictu sensu* em outras áreas
- 38.** Enumere a expectativa do pessoal em atuação na área de planejamento em relação à formação a ser oferecida em nível de Doutorado:
- 1) Doutorado na área de Planejamento
  - 2) Doutorado em Saúde Pública
  - 3) Doutorado em outras áreas

## VI Aspectos restritivos e facilitadores

- 39.** Cite até cinco aspectos com influências restritivas sobre o processo de planejamento:
- 1) \_\_\_\_\_
  - 2) \_\_\_\_\_
  - 3) \_\_\_\_\_
  - 4) \_\_\_\_\_
  - 5) \_\_\_\_\_

40. Cite até cinco aspectos com influências facilitadoras do processo de planejamento:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

## Questionário para respostas manuais



Ministério da Saúde  
Secretaria Executiva  
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento  
Coordenação Geral de Planejamento

### QUESTIONÁRIO PLANEJASUS

#### COLETA DE INFORMAÇÕES PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DAS ÁREAS DE PLANEJAMENTO DAS SECRETARIAS ESTADUAIS OU MUNICIPAIS DE SAÚDE

Este levantamento é parte integrante da programação nacional para implementação do PlanejaSUS, obtida a partir das programações regionais consensuadas nas Oficinas Macrorregionais realizadas nos meses de março e abril de 2006 e tem como finalidade:

- 4) Obter informações que permitam caracterizar o desenvolvimento da atividade de planejamento no SUS, em nível estadual ou municipal;
- 5) conhecer as condições de infra-estrutura e de suprimento logístico disponíveis à atividade de planejamento;
- 6) conhecer o nível de formação e de capacitação em planejamento do pessoal em atuação nas áreas de planejamento.

Ao solicitar as respostas às indagações aqui apresentadas, esclarecemos que, estas têm caráter de inquérito e que no cômputo geral não será identificada a SES ou SMS a que se refere, nem o (a) responsável pelo seu preenchimento, nem a pessoa por ele (a) indicada como contato. Dessa forma, pretendemos que as informações fornecidas retratem a realidade local para que contribuam para a formação de um perfil realista da atividade de planejamento no âmbito do SUS. Informamos também, que embora o presente Questionário seja auto explicativo, fornecemos em anexo as orientações necessárias para auxiliar o seu preenchimento.

### A) Identificação

1.  Órgão Gestor

1 Secretaria Estadual

2 Secretaria Municipal

Município:

2.  Responsável pelos dados

1 Gestor local

2 Responsável pela área de planejamento

3 Técnico da área de planejamento

4 Assistente ou auxiliar da área de planejamento

5 Consultor externo

6 Outros

Nome:

CPF:

Telefone:

E-mail:

### B) Inserção organizacional

1.  O órgão gestor estadual ou municipal possui organograma funcional?

1 Sim

2 Não

Em caso positivo, favor fornecer, EM ANEXO, o organograma funcional.

1.1. Em caso POSITIVO, favor escrever, de forma resumida, como se dá a articulação da área de planejamento com o gabinete do Secretário ou Substituto. Em caso negativo proceder da mesma forma (Ler instruções em anexo).



6.  Relacione o grau de intensidade de cooperação técnica, entre o Nível Federal e o Nível Estadual, na área de planejamento (pergunta a ser respondida pela SES):
- 1 Fraco
  - 2 Médio
  - 3 Forte
7. Assinale com "X" outro tipo de apoio técnico que, eventualmente, o nível estadual ou o municipal dispõe para o desenvolvimento dos trabalhos de planejamento.
- 1)  Universidades
  - 2)  Centros de pesquisas
  - 3)  empresas públicas de assessoria
  - 4)  Empresas privadas de assessoria
  - 5)  Contratação de consultores especializados
  - 6)  Outros

### C) Inserção no processo de gestão

1. Assinale com "X" os instrumentos de gestão utilizados pelos estados ou municípios no processo de planejamento:
- 1)  Plano Estadual ou Municipal de Saúde
  - 2)  Relatório de avaliação ou de gestão
  - 3)  Programação anual
  - 4)  Relatório de acompanhamento ou de gestão
  - 5)  Outro (s)
2. Na questão anterior, caso marque a opção 5, favor citar até três instrumentos de planejamento em ordem de importância para o processo de planejamento:
- 1)
  - 2)
  - 3)
3.  Indique a situação atual do Plano Estadual ou Municipal de Saúde, de acordo com as alternativas:
- 1 Inexistente
  - 2 Em elaboração
  - 3 Elaborado e em apreciação pelo respectivo Conselho
  - 4 Aprovado pelo respectivo Conselho
  - 5 Publicado pela esfera gestora responsável

4. Indique o período a que se refere o Plano Estadual ou Municipal de Saúde, informando o ano em que se inicia a sua vigência e o em que termina.

Ano de início:

Ano de término:

#### D) Adequação em termos de infra-estrutura e suprimento logístico

1.  Indique a situação que melhor identifica o espaço de trabalho com a quantidade de pessoas que o ocupa e as atividades que executam, de acordo com as alternativas:
- 1 Inadequado
  - 2 Razoavelmente adequado
  - 3 Adequado
2. Assinale com um "X" de três a cinco características que melhor identificam o espaço de trabalho disponível, relacionando com a sua resposta anterior:
- 1)  Barulhento
  - 2)  Quente
  - 3)  Frio
  - 4)  Úmido
  - 5)  Iluminação inadequada
  - 6)  Localização inadequada
  - 7)  Pouca privacidade
  - 8)  Muito pequeno
  - 9)  Muito amplo
  - 10)  Silencioso
  - 11)  Temperatura agradável
  - 12)  Iluminação adequada
  - 13)  Bem localizado
  - 14)  Suficientemente reservado
  - 15)  Dimensões adequadas

3. Indique a situação que melhor identifica as condições de infra-estrutura e suprimento logístico que dão suporte à atividade de planejamento, de acordo com as alternativas:
  1. Inadequada
  2. Razoavelmente adequada
  3. Adequada
    - 1)  Móveis
    - 2)  Utensílios
    - 3)  Material de expediente
    - 4)  Suprimentos de informática
    - 5)  Telefone
    - 6)  Internet
    - 7)  Fax
  
4. Informe a quantidade de microcomputadores e impressoras disponíveis na área de planejamento.
  - 1)  Microcomputadores
  - 2)  Impressoras
  
5.  Com relação à quantidade de microcomputadores disponível e ao tempo médio de uso, informe a situação de adequação dessa quantidade e atualização do equipamento ao volume de trabalhos desenvolvidos e ao número de pessoas em atuação na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
  - 1 Inadequado
  - 2 Razoavelmente adequado
  - 3 Adequado

#### E) Situação do pessoal alocado

1.  Informe o número de pessoas em atuação na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
  - 1 Sem pessoal especificamente alocado
  - 2 Entre 1 e 3 pessoas
  - 3 Entre 4 e 6 pessoas
  - 4 Entre 7 e 9 pessoas
  - 5 De 10 a mais pessoas

2. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação ao vínculo empregatício, de acordo com as alternativas:
  - 1)   Quadro funcional
  - 2)   Contrato temporário
  - 3)   Contrato permanente
  - 4)   Apenas cargo em comissão
  - 5)   Trabalho terceirizado
  - 6)   Outros
  
3. Indique o número de pessoas em atuação, segundo o tempo médio de trabalho na área de planejamento, de acordo com as alternativas:
  - 1)   Pessoas com até um ano de atuação
  - 2)   Pessoas com mais de um ano e até cinco anos
  - 3)   Pessoas com mais de cinco e até dez anos
  - 4)   Pessoas com mais de dez anos
  - 5)   Outros
  
4. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação ao sexo, de acordo com as alternativas:
  - 1)   Sexo Feminino
  - 2)   Sexo Masculino
  
5. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, em relação às faixas etárias:
  - 1)   Abaixo de 18 anos
  - 2)   De 18 a 21 anos
  - 3)   De 22 a 40 anos
  - 4)   De 41 a 59 anos
  - 5)   Acima de 60 anos
  
6. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-o ao nível de formação e de capacitação, de acordo com as alternativas:
  - 1)   Fundamental incompleto
  - 2)   Fundamental completo
  - 3)   Médio incompleto
  - 4)   Médio completo
  - 5)   Superior incompleto
  - 6)   Superior completo
  - 7)   Especialização na área de Planejamento
  - 8)   Especialização em Saúde Pública
  - 9)   Especialização em outras áreas









## Referências



BARBETTA, P. A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis: UFSC, 2002. 340 p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 1994.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.651, de 27 de setembro de 1995. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 1995.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 1964.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.933, de 11 de agosto de 2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007. *Diário [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 fev. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 abr. 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 393, de 29 de março de 2001. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 abr. 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.229, de 24 de maio de 2007. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 maio 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.885, de 9 de setembro de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.607, de 10 de dezembro de 2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008b.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2006d.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS*. Brasília, 2006e. 52 p.
- CHORNY, A. H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. *Cuadernos Médico Sociales*, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.
- COMPARATO, F. K. *Para viver a democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. Fora da política não há salvação. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 24 ago. 2006. Tendências/debates.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico: estimativas da população*. Rio de Janeiro, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Pesquisa de assistência médica sanitária*. Rio de Janeiro, 2002.
- MATUS, C. Plano Nacional de Saúde: alguns aportes para sua elaboração. [S.l.: s.n.], 2004. Mimeografado.
- \_\_\_\_\_. Plano Nacional de Saúde. *Alguns aportes para sua elaboração*. [S.l.: s.n.], 2004. Mimeografado.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. *Safári de estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2000. 299 p.



ISBN 978-85-334-1587-4



9 788533 415874



Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP



**Organização Pan-Americana da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde



**Ministério da Saúde**

