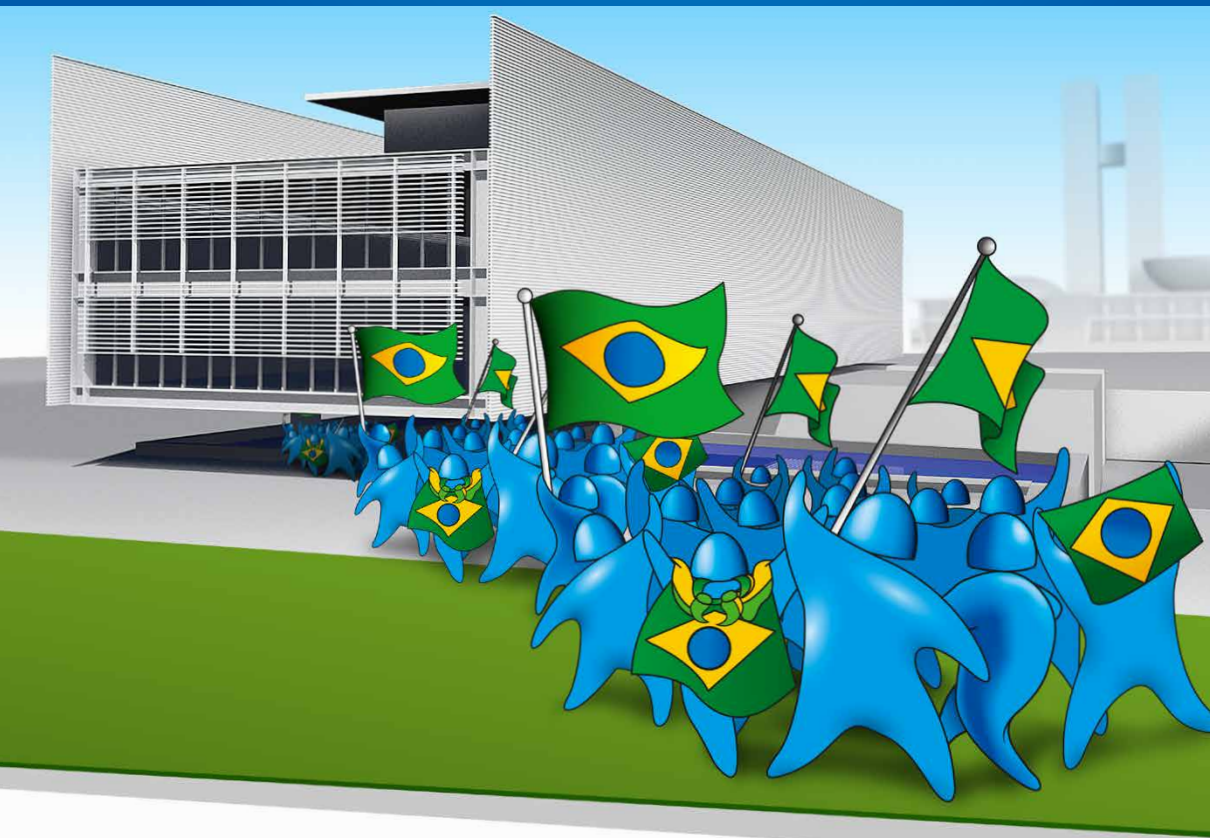


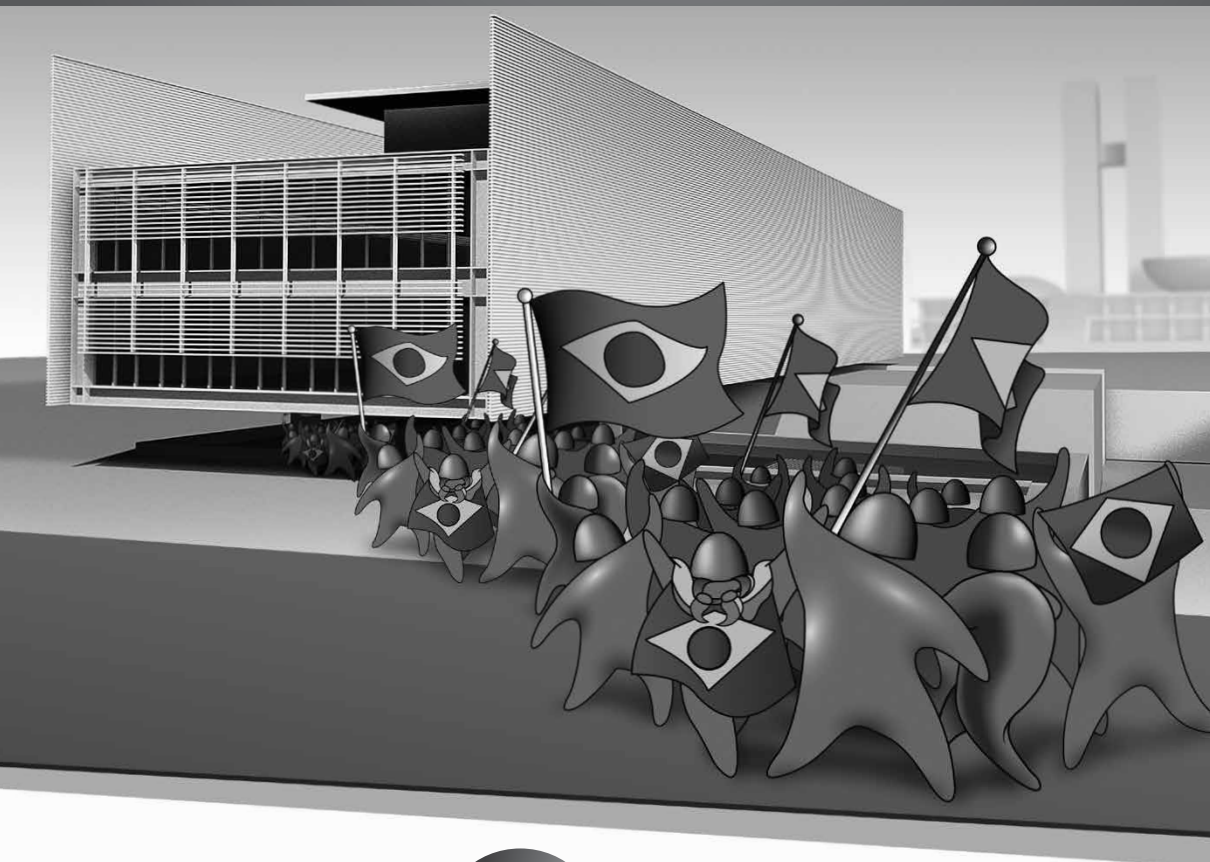
SAÚDE

Planejamento e gestão pública municipal

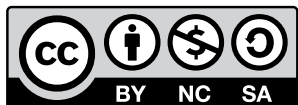


SAÚDE

Planejamento e gestão pública municipal



2016 Confederação Nacional de Municípios – CNM.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca *online* do Portal CNM: www.cnm.org.br.

Autoras

Carla Estefânia Albert
Amanda Borges de Oliveira

Supervisão Técnica e Editorial

Luciane Guimarães Pacheco

Diretoria-Executiva

Gustavo de Lima Cezário

Revisão de textos

Keila Mariana de A. O. Pacheco

Diagramação

Themaz Comunicação

Ficha catalográfica:

Confederação Nacional de Municípios – CNM
Saúde: planejamento e gestão pública municipal – Coletânea Gestão Pública Municipal: Gestão 2017-2020 – Brasília: CNM, 2016.

116 páginas
ISBN 978-85-8418-067-7

1. Saúde. 2. Gestão da Saúde. 3. Município



SGAN 601 – Módulo N – Asa Norte – Brasília/DF – CEP: 70830-010
Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008
E-mail: atendimento@cnm.org.br – Website: www.cnm.org.br

Diretoria CNM – 2015-2018

PRESIDENTE	Paulo Roberto Ziulkoski
VICE-PRESIDENTE	Glademir Aroldi
1º SECRETÁRIO	Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior
2º SECRETÁRIO	Marcelo Beltrão Siqueira
1º TESOUREIRO	Hugo Lembeck
2º TESOUREIRO	Valdecir Luiz Colle
CONSELHO FISCAL	Mário Alves da Costa
CONSELHO FISCAL	Expedito José do Nascimento
CONSELHO FISCAL	Dalton Perim
CONSELHO FISCAL	Cleudes Bernardes da Costa
CONSELHO FISCAL	Djalma Carneiro Rios
REGIÃO SUL	Seger Luiz Menegaz
REGIÃO SUDESTE	Elder Cássio de Souza Oliva
REGIÃO NORTE	Valbetânio Barbosa Milhomem
REGIÃO NORDESTE	Maria Quitéria Mendes de Jesus
REGIÃO NORDESTE	Gilliano Fred Nascimento Cutrim
REGIÃO CENTRO-OESTE	Divino Alexandre da Silva

Carta do Presidente



Prezado(a) municipalista,

Idealizado há 14 anos pela Confederação Nacional de Municípios (CNM), o projeto *Seminários Novos Gestores* busca apresentar aos prefeitos as pautas correntes que precisam de especial atenção no dia a dia das gestões municipais com o governo federal e com o Congresso Nacional e proporcionar um momento de reflexão sobre alguns dos principais desafios que serão enfrentados no decorrer de seus mandatos.

A CNM, nesta *Coletânea Gestão Pública Municipal* traz ao novo gestor um rol de temas que, neste momento, o guiarão e o ajudarão no desenvolvimento de suas políticas locais. Ao longo de todo o mandato, a Entidade estará a seu lado, apoiando suas iniciativas, orientando os caminhos a serem seguidos e principalmente lutando junto ao Congresso Nacional e ao governo federal pela melhoria das relações entre os Entes, por respeito à autonomia dos nossos Municípios e por mais recursos para possibilitar melhores condições de vida às nossas populações.

Nesta obra, integrante da coletânea, sob o título *Saúde – Planejamento e gestão pública municipal*, apresentamos um breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), detalhamos as competências e as obrigações municipais, destacamos a necessidade de resgatar ou construir a cultura de planejamento como importante ferramenta de gestão, orientamos sobre o financiamento da saúde e os instrumentos necessários para manutenção, controle e avaliação da política. Desta forma, elaboramos uma cartilha com informações claras e abrangentes sobre o Sistema de Saúde brasileiro com enfoque na gestão municipal, mantendo desta forma, os prefeitos e os secretários municipais de Saúde informados desde o início de suas gestões.

Boa leitura e uma excelente gestão!

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM

Sumário

Considerações iniciais.....	11
Informações valiosas para boa gestão	12
1. A Construção do Sistema Único de Saúde (Sus).....	14
1.1 Breve histórico do SUS.....	14
1.2 Quase três décadas de SUS: avanços.....	20
1.3 Desafios do SUS como política pública.....	26
2. Competências constitucionais e obrigações legais dos municípios	28
2.1 Competências constitucionais e legais dos Municípios	28
2.2 Atribuições comuns a todos os Entes.....	29
2.3 Competências legais dos Municípios	30
2.4 Controle Social	33
3. Gestão Municipal da Saúde: mapear, debater, planejar, implementar e avaliar	37
3.1 A emergência de uma gestão em rede.....	38
3.2 Desafios e conceitos do planejamento em saúde municipal	44
3.3 Política pautada em programas.....	47
3.4 Visão regionalizada da Saúde	48
3.5 Mapear	52
3.5.1 Quais informações básicas para realizar o mapeamento?	53
3.6 Debater e planejar.....	54

3.6.1	Planejar	56
3.6.2	Objetivos de planejamento.....	57
3.7	Etapas do Planejamento.....	59
3.7.1	O que deve conter o Plano de Ação?	63
3.7.2	Sugestão de Plano de Ação.....	65
4.	Compreendendo o Financiamento da Saúde.....	69
4.1	Aplicação mínima em saúde dos Entes da Federação	69
4.2	Blocos de Financiamento.....	77
4.3	SIOPS	83
5.	Instrumentos para Gestão da Política de Saúde.....	86
5.1	Plano Municipal de Saúde	86
5.1.1	Definição dos problemas prioritários.....	88
5.1.2	Formulação de objetivos, diretrizes e metas	90
5.1.3	Viabilidade e previsão financeira	92
5.1.4	Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatório Quadrimestral	92
5.2	Comissões Intergestores	95
5.2.1	CIR	98
5.2.2	CIB.....	98
6.	Orientações para uma Boa Gestão.....	101
6.1	Planejar para além da Saúde: a importância da Assistência Social e da Educação	101
6.2	Reduzir a judicialização da saúde	102
7.	Bibliografia	108

Resumo

A CNM elaborou este material para servir de ferramenta de apoio aos novos gestores. Nele foram agrupadas informações básicas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os instrumentos de planejamento. Este conhecimento pode garantir a continuidade das ações e dos serviços de saúde já programados e direcionar a estratégia dos anos que virão.



Considerações iniciais

A Constituição de 1988 protege a saúde, reconhecendo-a como um direito fundamental do ser humano e, ainda, apresenta os fundamentos jurídicos que devem ser observados pelo Estado e pela sociedade no desenvolvimento de ações que visem a sua promoção, proteção e recuperação. Assim, para promover a saúde da população, o gestor é orientado a integrar e construir estratégias para organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde em seu Município, entretanto, esta não é uma tarefa simples; sem dúvida, é um dos principais desafios a serem superados pelos prefeitos.

Considerando a amplitude da área da Saúde associada aos inúmeros fatores que influenciam na construção de uma boa gestão – como recursos financeiros, obras, programas federais, estratégias locais, capacitações, conselhos de saúde, entre outros –, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) mantém uma equipe técnica acompanhando as políticas públicas de saúde de interesse à gestão municipal e, com a produção de materiais técnicos e embasamento político, sempre está à disposição dos gestores auxiliando na qualificação da gestão do SUS municipal.

Nesse sentido, com o intuito de orientar você, novo gestor, a área técnica da Saúde da CNM elaborou a presente cartilha como parte da *Coletânea Novos Gestores 2017-2020*, com informações claras e abrangentes sobre o Sistema de Saúde brasileiro com enfoque na gestão municipal; entretanto, inúmeras dúvidas poderão surgir, cabendo a você, gestor, conhecer e identificar qual o melhor caminho a seguir para obter sucesso em sua gestão.

A construção e a consolidação do SUS como uma política federativa estão nas suas mãos, gestores – prefeitos e secretários municipais. Faça este compromisso e qualifique as ações de atenção à saúde da população de seu Município e do Brasil.

Informações valiosas para uma boa gestão

1. A saúde demanda o cuidado e a intervenção de várias profissões. Não se cuida das pessoas unicamente com estetoscópio e exames de raio-x. Por isso, recomenda-se que o(a) prefeito(a) olhe para todas as profissões e reconheça o papel de cada uma na prevenção e no cuidado: farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, médicos, sanitários, terapeutas ocupacionais, administradores, educadores físicos, agentes de saúde, pedagogos e técnicos podem e devem ter uma atuação junto da população.
2. Os Conselhos de Saúde têm função fiscalizadora e deliberativa, devem estar presentes nos Estados e nos Municípios, sendo constituídos por gestores, profissionais da saúde, representantes dos usuários do SUS e prestadores de serviços.
3. O SUS é administrado de forma tripartite, ou seja, o financiamento é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – com atribuições e competências comuns e específicas a cada um deles. Tenha pleno conhecimento das pactuações realizadas pelo seu Município.
4. A judicialização da saúde pode comprometer sobremaneira a gestão municipal. Por isso, ao assumir, procure estabelecer canais comunicativos de parceria e apresentação de como funciona o SUS com Defensoria Pública, Ministério Público e Judiciário. Essas instituições têm recomendações nacionais para atuar de forma sistêmica com os gestores municipais.

5. O gestor é responsável pelo atendimento integral da sua população, mas não é obrigado a dispor de todos os serviços de saúde em seu território, podendo fazê-lo por meio da pactuação com outros Municípios, otimizando os recursos públicos.
6. Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde (postos de saúde e unidades básicas de saúde) continuam sendo a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, encaminhando-o para outros serviços de maior complexidade (Centros Clínicos, Ambulatórios, Hospitais) somente se houver necessidade.
7. A transmissão dos dados via Siops é obrigatória para Estados, União, DF e Municípios. O descumprimento da ação leva à suspensão do FPM e ao condicionamento de recursos para a Saúde.
8. Quanto mais próximo da população o gestor se colocar, mais facilitada será sua compreensão a respeito da situação da saúde do Município, o que está bom e o que deve ser melhorado.
9. Fique atento a portarias, decretos, medidas provisórias publicadas pelos governos estadual e federal. Destacar na rotina de seus assessores a verificação dos Diários Oficiais.
10. A função de secretário(a) de Saúde prescinde um perfil técnico com vivência na área pública e deve, ao mesmo tempo, compreender tanto Atenção Integral à Saúde quanto Gestão de Saúde no SUS. A saúde complementar (de caráter privado) difere, e muito, da saúde pública.

1. A Construção do Sistema Único de Saúde (Sus)

1.1 Breve histórico do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil, considerado por especialistas um dos maiores sistemas de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, como forma de efetivar o preceito constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e está regulamentado por Leis como a 8.080/1990 e a 8.142/1990, que operacionaliza e organiza o sistema público da saúde.

O Sistema foi criado com a função de estabelecer a integralização, a humanização e, principalmente, a descentralização do modelo de políticas públicas de saúde que vigoravam na década de 1980. Ele é descrito pelo Ministério da Saúde como um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

Mesmo com o advento da Reforma Sanitária em meados dos anos 1970, o SUS somente foi regulamentado no final de 1990, com a publicação das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, o que, conseqüentemente, possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o olhar e as ações para as práticas e os serviços.

Gestor, os princípios e as diretrizes que devem nortear suas ações estão descritos a seguir:

- **Universalização do direito à saúde**

É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, tenham assistência integral e gratuita, ainda que demandem alto custo, com direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas, sejam elas públicas ou privadas, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia adequada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

- **Equidade**

O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam.

- **Descentralização com direção única para o sistema**

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). A descentralização tem como diretrizes:

- ✓ a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- ✓ a organização de um sistema de referência e contrarreferência;
- ✓ a maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área;
- ✓ a maior transparência na gestão do sistema;
- ✓ a entrada da participação popular e o controle social.

- **Integralidade da atenção à saúde**

O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social. E, a fim de atender às demandas, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações, que se iniciam

na prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade, integrando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Promover saúde significa oferecer um atendimento integral, priorizando atividades preventivas, mas sem prejudicar os serviços assistenciais.

- Participação popular visando ao controle social

Garante a participação efetiva da população, por meio de suas entidades representativas – como conselhos e conferências –, participando do processo de formulação das políticas, visando à construção de uma sociedade justa, acompanhando a correta aplicação dos direitos da Seguridade Social baseada no interesse da coletividade.



Gestor, os *princípios* e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (*SUS*) constituem as bases para o funcionamento e a organização do sistema de saúde em seu Município.

Nesse sentido, para compreensão do processo histórico do SUS, o quadro abaixo apresenta a evolução do sistema de saúde brasileiro, considerando os marcos da proteção social e do direito à saúde, caracterizando os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a reforma sanitária e deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). O conhecimento dessa trajetória é importante para compreensão da evolução do SUS ao longo dos anos.

Quadro 1 – Histórico do SUS

Ano	Marco
1920	Criação da Lei Eloy Chaves – primeiro modelo de previdência social, que deu início às Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) surgiu a partir do estatuto legal com iniciativas da organização dos trabalhadores das fábricas, visando a garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria com as “caixas”.
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em resposta às lutas e às reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização.
1965	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concretiza o componente assistencial com a opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, consolidando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que teve uma forte aparência no futuro SUS.
1977	Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica, basicamente por meio da compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou um relatório, cujas bases constituíram o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. O Inamps direciona-se para uma cobertura mais universal dos serviços de Saúde.

Ano	Marco
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários.
1988	Criação definitiva do SUS.
1990	Efetivação e regulação do SUS, com promulgação da Lei 8.080, que dispõe sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, e da Lei 8.142, referindo-se à participação da comunidade e ao repasse de recursos do governo federal para as demais instâncias.
1991	Processo de descentralização do atendimento à saúde. Organização dos Conselhos de Saúde.
NOB 1º/1991	Normas Operacionais Básicas (NOBs), nova política de financiamento do SUS.
1992	Acontece a 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujos objetivos eram a descentralização, a municipalização e a participação popular por meio dos Conselhos de Saúde.
NOB 1º/1993	Dispõe sobre procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e dos serviços, dando maior autonomia municipal e estadual. Definiu-se a transferência das verbas por meio do chamado fundo a fundo de saúde.
1996	Acontece a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que preconiza o aprofundamento e o fortalecimento do controle social para democratização do SUS.

Ano	Marco
NOB 1º/1996	Fortalece o papel dos Municípios, definindo estratégias para atenção básica, estabelecendo política de incentivos. Priorizou como modelo de atenção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), além de outros programas para a área da saúde.
2000	Acontece a 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”.
Noas/ SUS 1º/2001 e 1º/2002	Ampliou as responsabilidades dos Municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, à regionalização e à organização funcional do sistema.
2003	Acontece a 12ª Conferência Nacional de Saúde: com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos o SUS que queremos”, abordando o processo de intersetorialidade na gestão política.
2006	É instituído, pela Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro, o Pacto pela Saúde, que, assim como as Normas Operacionais anteriores, orientou a implantação do SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população e à busca pela equidade social.

Resgatando todo o processo de construção do sistema de saúde no Brasil a partir da implantação do SUS, identificamos inúmeros avanços que se referem à oferta de serviços, diversos programas, tecnologias inovadoras, projetos e políticas com resultados notórios e exitosos para a população. Entretanto, ainda existem muitos desafios a serem superados, entre eles: problemas na implementação das estratégias, dificuldades na implantação das ações, financiamento insuficiente e, principalmente, necessidade de qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde.

Sabendo que o processo de implementação do SUS operou com a organização e cooperação envolvendo as três esferas de governo (União, Estado e Município), faz saber que o contato direto do prefeito e do secretário de saúde com o usuário, atuando no Município, traz um grau de proximidade que o responsabiliza e o inclui no exercício político, buscando melhor qualidade de vida e saúde para sua população, assim como acesso aos serviços de saúde.



ATENÇÃO

Gestor, agora que já conhece a história do SUS, saiba que os novos desafios só poderão ser superados com esforço conjunto de todos os sujeitos envolvidos: gestores, equipes de saúde e comunidade.

1.2 Quase três décadas de SUS: avanços

Dentre os mais variados ganhos sociais decorrentes da democratização do país, consolidada pela Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde representa, certamente, uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores (MARQUES & MENDES, 2012). E, neste ano de 2016, o Sistema celebra seus 28 anos de criação, sob a ótica da proteção social e da mudança na concepção de saúde e doença, apresenta indicadores que mostram sua evolução e a necessidade de superar ainda inúmeros desafios.

Desde a sua criação, o SUS apropriou-se de progressos para a saúde do brasileiro, por meio de ações e estratégias como o Programa Nacional de Imunização (PNI), reconhecido internacionalmente e responsável por 98% do mercado de vacinas do país, garantindo acesso gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial

de Saúde (OMS), na rede pública de todo o país (BRASIL, 2014). Além disso, dispõe nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) de outras vacinas especiais para grupos que possuem condições clínicas específicas, como portadores de HIV.

Outro destaque no SUS refere-se ao maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo. O programa cresceu 63,85% na última década, saltando de 14.175 procedimentos, em 2004, para 23.226, em 2014 (BRASIL, 2015). Outras estratégias de sucesso oferecem assistência integral e gratuita à população portadora de HIV e Aids, renais crônicos, pacientes com câncer, tuberculose e hanseníase.

Neste sentido, para colocar em prática seus princípios doutrinários e organizacionais, foi necessária a criação de estratégias para o atendimento da população de forma integral, certamente, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que tem as Equipes Saúde da Família como estratégia primordial para o fortalecimento da atenção básica. Essas equipes são instaladas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e atuam como porta de entrada do sistema e com modelo organizativo da atenção primária, lembrando que de acordo com o pacto federativo esse nível de atenção à saúde é de competência municipal.

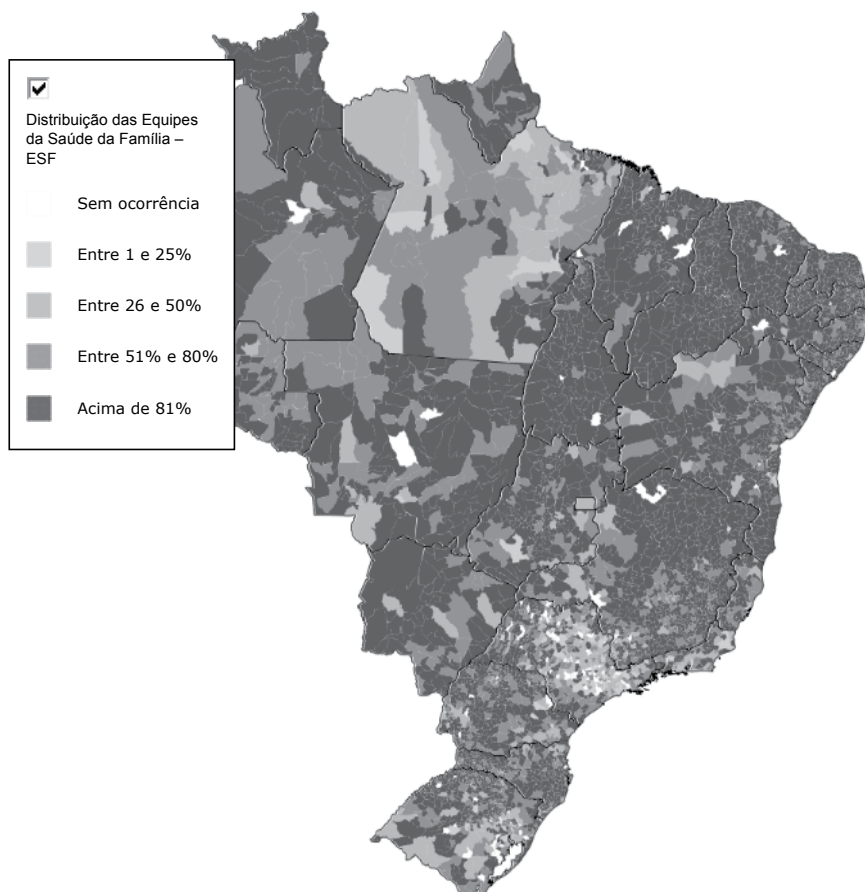


Gestor, não se assuste com a dimensão do SUS, saiba quais são suas responsabilidades e planeje suas ações conforme suas demandas, potencialidades e possibilidades locais.

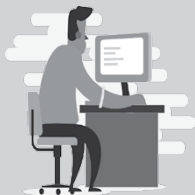
IMPORTANTE: Seu Município não é obrigado a aderir a todos os programas federais. Levante dados e informações, faça o diagnóstico de seu Município, verifique toda nova responsabilidade que está assumindo para depois não ter que arcar financeiramente com todo o custo de programas que não lhe pertencem.

Mesmo com a importância do programa, em 2016, somente 60,94% da população encontra-se coberta pela estratégia, isto é, se tratando da principal porta de entrada no sistema público de saúde, ainda há muito que evoluir. A figura abaixo mostra diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de atendimento das ESF, possivelmente em razão dos diferentes mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do país e que conseqüentemente refletem no acesso e no uso dos serviços de saúde de forma desigual.

Figura 1 – Distribuição das Equipes Saúde da Família no Brasil



Fonte: Sage/2016.



SAIBA MAIS

Gestor(a), quantas equipes de estratégia saúde da família seu Município possui? Qual percentual da sua população tem acesso a este serviço?

Para ajudá-lo a responder essas questões, encontre a nota técnica do seu Município no *site* do Departamento de Atenção Básica, por meio do *link*: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>.

Equipes da Saúde da Família (ESF) são a base da Política Nacional da Atenção Básica (Pnab) e representam o Programa Federal mais executado em todo o país. Em 98% dos Municípios brasileiros existe ao menos 1 equipe da ESF.



ATENÇÃO

Equipes Saúde da Família

De acordo com a Portaria 2.488/2011, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional:

- médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade;
- enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- auxiliar ou técnico de enfermagem ;
- agentes comunitários de saúde (ACS).

Como parte da equipe multiprofissional, pode-se acrescentar os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB):

- cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e
- auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cobertura dos ACS: cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

Cobertura da ESF: máximo de 4.000 pessoas por equipe de determinada área.

Carga horária dos profissionais: 40 horas semanais para todos os profissionais cadastrados na Estratégia Saúde da Família, exceto o profissional médico que poderá atuar em, no máximo, duas (2) equipes, pois poderá ser contratado por 20 ou, até, 30 horas semanais.

Lembrando que a ESF não é a única estratégia na atenção básica, as UBS compõem uma rede integrada com outros serviços e níveis assistenciais que formam uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), basicamente com os programas implementados pelo governo federal como: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Melhor em Casa, Telessaúde, Saúde na Escola, Programa de Melhoria e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ), Programa Mais Médicos (PMM), Brasil Sorridente, entre outros.

A formação das redes de atenção à saúde, além de promover a integração dos serviços, tem o objetivo de garantir assistência integral,

contínua, organizada e humanizada, qualificando o sistema, no que se refere ao acesso, equidade e eficiência dos recursos financeiros.



Gestor(a), uma das maiores dúvidas de quem assume uma nova gestão refere-se à obrigatoriedade ou não de implantar todos os programas do governo federal, nesse sentido, a CNM alerta:

- identificar os critérios de adesão estabelecidos em normas infralegais e se o Município se encaixa no perfil;
- antes de qualquer adesão, é necessário avaliar a contrapartida financeira e operacional do Município;
- avaliar a necessidade da estratégia localmente, público-alvo, custeio mensal, recursos humanos e estrutura física;
- entender que os incentivos financeiros repassados pela União para execução das ações são insuficientes, demandando sempre uma contrapartida municipal;
- assumir somente os serviços de saúde em que haja certeza de que conseguirá manter e de que será fundamental para a população.

Dessa forma, percebe-se uma evolução importante do SUS, porém, com um aumento na responsabilização do gestor municipal, tendo em vista que são criados inúmeros programas federais com ações definidas, sem flexibilidade alguma para definição de prioridades pelo gestor municipal, lembrando que este possui um contato mais próximo com o usuário.

1.3 Desafios do SUS como política pública

A implementação do SUS é um processo ainda em construção. O sistema de saúde cresce diariamente e encontra obstáculos a cada nova discussão. Repostas para inúmeras perguntas não são encontradas com facilidade; as soluções precisam ser estudadas e, portanto, continuarão a ser construídas em um heterogêneo diálogo social em busca da saúde para todos. Essas dificuldades marcam a evolução e os desafios do SUS como política pública. Destacamos os principais desafios do sistema:

- consolidar mecanismos que atendam às necessidades imediatas da população, evitando filas, otimizando tempo, melhorando a qualidade e resolvendo os problemas nos estabelecimentos de saúde. Tratando o usuário com dignidade e respeito de forma holística;
- estabelecer a integração dos serviços, desde a atenção básica, rede hospitalar, com os serviços auxiliares, formando modelos alternativos de gestão dos serviços que permitam aumentar a autonomia gerencial e premiar a eficiência a partir dos resultados alcançados;
- modernizar os serviços por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação que facilitem a marcação eletrônica de consultas médicas e a existência de registros eletrônicos que contenham históricos e dados clínicos dos pacientes, auxiliando nos processos de planejamento;
- no que se refere ao financiamento da saúde, não apenas aumentar os recursos, mas melhorar o uso dos recursos existentes do SUS, aumentando a eficiência, a fiscalização, a fim de reduzir a corrupção e o mau uso;
- regulamentar e normatizar instrumentos parciais e de alta fragilida-

de jurídica – como portarias e resoluções do Ministério da Saúde e seus departamentos, ex.: assistência farmacêutica não possui definição quanto à competência dos medicamentos excepcionais e de alto custo, aumentando as demandas judicializadas na saúde;

- o subfinanciamento federal e estadual presentes em todos os segmentos da saúde, associado à ausência de uma política de financiamento equânime e integrada para o SUS;
- a ausência de um verdadeiro pacto federativo e a definição superficial ou quase que inexistente das competências de cada esfera de gestão em dispositivos legais;
- o descumprimento das regras legais de financiamento por parte da União e dos Estados, sem as devidas penalidades;
- a dificuldade de contratação e fixação de profissionais de saúde, principalmente os médicos em Municípios de pequeno porte e distantes dos grandes centros urbanos;
- a grande rotatividade de profissionais e trabalhadores da saúde.

2. Competências constitucionais e obrigações legais dos Municípios

2.1 Competências constitucionais e legais dos Municípios

Nas competências dos Municípios, descritas no art. 30, ficam mais uma vez nítidos o cooperativismo federalista e a responsabilização das três esferas de governo com a saúde pública. Para a efetividade das ações e dos serviços de saúde, é fundamental a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, como suporte mínimo aos Municípios.

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

VII – prestar, **com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população;

[...] (Grifo nosso).

2.2 Atribuições comuns a todos os Entes



ATENÇÃO!

Gestor municipal, conheça as atribuições comuns às três esferas de governo com a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) define em seu art. 15 as atribuições comuns aos Entes federativos – União, Estados, Distrito Federal e Municípios – em âmbito administrativo, com os seguintes destaques:

- mecanismos de controle, avaliação e fiscalização;
- recursos orçamentários e financeiros anuais;
- acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- custos da assistência à saúde;
- promoção da saúde do trabalhador;
- formulação e execução de políticas de saneamento básico, proteção e recuperação do meio ambiente;
- elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- proposta orçamentária do SUS, em conformidade com o plano de saúde;
- regularização das atividades de serviços privados de saúde;
- operações financeiras externas de interesse da saúde;
- atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias,

decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias;

- sistema nacional de sangue, componentes e derivados;
- celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos a saúde, saneamento e meio ambiente;
- normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional para definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- promoção da articulação da política e dos planos de saúde;
- realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- definição das instâncias e dos mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder da política sanitária;
- fomentação, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

2.3 Competências legais dos Municípios



ATENÇÃO!

Conheça aqui as competências do seu Município com a saúde pública, saiba quais são suas atribuições como gestor municipal.

Dentre as competências específicas da direção municipal do SUS (art.18 da Lei 8.080/1990), tem-se:

- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde;
- gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- participar de planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual;
- participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- executar os serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador;
- dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- formar consórcios administrativos intermunicipais;
- gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- normatizar complementarmente as ações e os serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Os Municípios possuem a responsabilidade de prestar os serviços de atenção à saúde da população. Essa atribuição foi definida pela Constituição e regulamentada na Lei 8.080/1990; entretanto, especificar

obrigações para organizar o serviço põe em questão a manutenção e a qualidade desses serviços de saúde, principalmente quando destaca desafios referentes às questões técnicas e financeiras da área.

Considerando essa responsabilidade, a CNM tem recomendado aos gestores municipais a realização das ações na atenção básica ou primária de saúde com qualidade, integrando uma rede regionalizada e hierarquizada. As ações e os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar devem ser assumidas somente se o Município dispuser de capacidade técnica e financeira para mantê-los.

E agora? Sou obrigado a fazer tudo?

Não. A maioria dos Municípios não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde, ou seja, é necessária uma estratégia regional de atendimento para corrigir as distorções de acesso, chamada de regionalização. Nesse sentido, na indisponibilidade de um tipo de serviço, o Município deve pactuar (negociar) com as demais cidades da sua região a forma de atendimento integral para atender a essa demanda.



Prefeito(a), a sua obrigação é de prestar atenção integral à saúde da sua população, mas isso não significa que deve ter em seu território todos os serviços implantados.

Dessa forma, atente-se para as suas responsabilidades e, basicamente, identifique todos os acordos e os pactos existentes em seu Município, observando as atribuições e as competências das esferas estadual e federal com a saúde do seu Município, bem como dos Municípios de sua região de saúde.

Vale ressaltar que o funcionamento do SUS é de responsabilidade

de solidária da União, dos Estados e dos Municípios. Prefeito(a), o seu comprometimento no atendimento à população deve se limitar as suas possibilidades. Exija a cooperação técnica e financeira do seu Estado e da União.

2.4 Controle Social

Considerado um avanço na construção do SUS e grande conquista para sociedade brasileira, o controle social está amparado pela Constituição Federal, que estabeleceu as normas que norteiam a participação da comunidade na gestão do SUS. Sendo regulamentado somente em 1990 pela Lei 8.142, que propôs a valorização da participação popular no processo decisório por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências.

Quadro 2 – Características de conferência e conselhos de saúde

Conferência de Saúde	Conselho de Saúde
São instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do Poder Executivo.	Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.
Tem o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor novas diretrizes para a política de saúde em cada nível de governo.	Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Conferência de Saúde	Conselho de Saúde
Periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde.	Cada Município deve implantar o seu Conselho de Saúde por meio de lei própria.
Analisa os avanços e os retrocessos do SUS e propõe diretrizes para a formulação das políticas de saúde.	As decisões tomadas e discutidas no conselho deverão ser homologadas pelo respectivo chefe de poder. É importante registrar em atas as reuniões para confirmação de dados, caso seja necessário.
Devem ser paritárias, ou seja, ter igualdade na porcentagem de participantes.	Possui caráter permanente e deliberativo.
Cada Município deve realizar sua Conferência. A partir das discussões, é possível buscar melhorias para a saúde local.	Órgãos de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal.

Conferência de Saúde	Conselho de Saúde
<p>Cada Conferência possui um regimento próprio. Os relatórios elaborados em cada discussão serão repassados para as Conferências Estaduais e, posteriormente, para a Conferência Nacional, gerando, assim, um único protocolo.</p>	<p>Os conselheiros são considerados de relevância pública, devendo se pautar pela ética, não tendo direito a remuneração ou privilégios.</p> <p>O Conselho não pode ser transitório, ou seja, funcionar somente quando convocado, mas deve se reunir, no mínimo, uma vez ao mês ou sempre que necessário. As reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa, cabendo ao gestor encaminhar com antecedência o material de apoio às reuniões.</p>

O papel do controle social vai além da simples fiscalização dos serviços de saúde e do uso dos recursos financeiros. A comunidade deve participar permanentemente das deliberações e da gestão em saúde do Município. Esse resgate é responsabilidade dos novos gestores e fundamental para estabelecer uma melhor relação entre o Estado e a sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.



DICA CNM

Gestor, integre a comunidade à sua gestão; a população precisa conhecer a realidade de saúde do Município.

A construção de uma boa relação com o controle social deve ser uma meta do gestor de saúde, a possibilidade de oferecer resultados concretos a partir de pactuações para enfrentar os problemas resultará uma importante repercussão política e uma defesa dos interesses de toda a sociedade.



CONHEÇA MAIS

Conheça mais sobre os Conselhos Municipais de Saúde na publicação da área técnica de Saúde, intitulada *Estrutura, Funcionamento e Atribuições dos Conselhos Municipais de Saúde*, disponível no link: <<http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/1842#titulo-livro>>.

3. Gestão Municipal da Saúde: mapear, debater, planejar, implementar e avaliar

Planejamento e gestão. Duas palavras que devem se tornar princípios para os novos gestores. É possível gerenciar sem planejar?

SIM!

Um gerente pode coordenar o trabalho de um sistema e obter um produto positivo sem ter uma visão de como conduzir o sistema a um ponto mais alto de desenvolvimento.

Não raro, encontramos no setor da saúde pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar”. O gestor não pode se limitar aos “problemas” do dia a dia. Em conjunto com servidores, técnicos, usuários do SUS, entidades locais e demais colaboradores, o Poder Executivo deve avançar em termos de gestão e passar a entender a complexidade da Política de Saúde, tendo no planejamento, na organização e na gestão instrumentos de apoio para uma política universal e com garantia de acesso à população.



DICA CNM

Um bom gestor para a política de saúde busca repensar a estrutura organizacional e os processos administrativos.

3.1 A emergência de uma gestão em rede

Você já deve ter se perguntado o motivo de certos problemas de saúde ocorrerem em maior grau ou, ainda, a razão da maior presença de determinados serviços de saúde em certas regiões e cidades. Essas e outras situações entendidas como “de saúde” refletem nas demandas que a prefeitura recebe no dia a dia e são consequência de diversos fatores.

As condições sociais, culturais, psicológicas e epidemiológicas, chamadas de determinantes sociais da saúde, literalmente determinam o que o gestor municipal, regional, estadual e federal deverá compreender e tomar como base para elaboração do planejamento em saúde. Perante o desafio de fazer frente a tais condicionantes e de, ainda, prevenir o surgimento de doenças e problemas, é de extrema importância que o gestor municipal perceba a urgência de pensar a saúde do seu Município tendo as noções de REDE e INTERDISCIPLINARIDADE. O que isso quer dizer?

ENTENDA MELHOR

REDE



As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009).

INTERDISCIPLINARIDADE

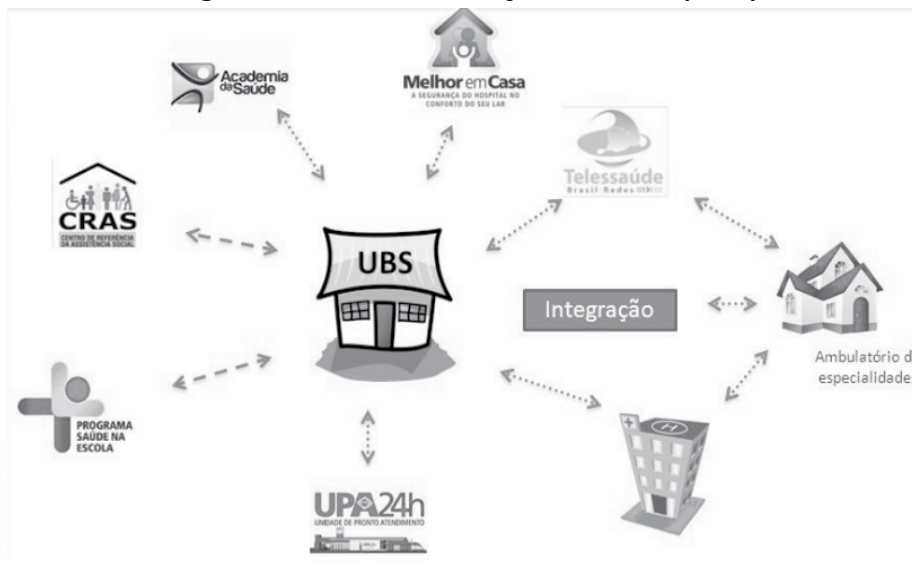
O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e, só a partir da década de 1960, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, uma certa aspiração à unidade do saber (VILELA & MENDES, 2003).

Os problemas que uma população apresenta não ocorrem de forma isolada, ou seja, estão contextualizados dentro de uma realidade maior, geográfica, social e epidemiológica. Por isso, as unidades, as estruturas, as equipes – em suma, os serviços em saúde – devem ser pensadas e organizadas com o objetivo de dar conta dessa complexidade de fatores.

O olhar qualificado à RAS se relaciona diretamente com a compreensão interdisciplinar à saúde. Como escrito logo no início do texto,

a saúde é complexa, portanto, promovê-la prescinde de uma abordagem múltipla, de mais de um saber.

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: MS/2015.

Do mesmo modo, tais ações devem ser pensadas em relação ao que existe em termos de serviços de saúde de forma regional, estadual e federal, ou seja, considerando a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob pena de gerar ineficiência dos serviços e de custos desnecessários à gestão.

Alguns problemas gerados pela ausência da visão interdisciplinar e em Rede no planejamento municipal podem ser dados pelas situações abaixo:

Imaginemos uma cidade pequena (menos de 5 mil habitantes) na qual o aumento da população acima de 60 anos é constante. No posto de saúde municipal foi percebido um aumento do número de idosos e

idosos com queixa de dores, por exemplo, nas articulações. Essa situação poderia indicar a necessidade de consultas com especialistas da reumatologia, gerontologia, ou seja, com profissionais que especialmente em cidades do interior são de difícil contratação e fixação. Nesse caso, o gestor municipal poderia perceber as seguintes opções:

- se olharmos apenas para o aumento da demanda por consultas, concluiríamos que a resposta a essa necessidade seria a contratação de reumatologista ou o aumento de horas de trabalho do profissional médico do posto de saúde. Tal resposta demandaria a abertura de concurso, demandando tempo e novos recursos financeiros para contratação do profissional, além da necessidade de conveniamento da prefeitura com serviços especializados para realização de exames de apoio ao diagnóstico.
- Essa abordagem do problema de saúde pode se mostrar desarticulada, com características centralizadoras e hierárquicas; além da existência de redes próprias de instituições e/ou serviços que prestam assistência de forma paralela às demais políticas, e muitas vezes atendendo aos mesmos usuários. Esta forma de gestão gera fragmentação da atenção às necessidades sociais e divergências quanto aos objetivos e papel de cada área, fragilizando o usuário, que é o sujeito que merece a nossa atenção. Refletir e propor trabalho social em rede constitui-se, hoje, um grande desafio para os profissionais vinculados às políticas públicas.
- Pelo viés interdisciplinar e em rede, o potencial aumento por um tipo específico de cuidado (neste caso aumento da população idosa com processos de adoecimento próprios da idade) não é um fator isolado e deve ser visto e tratado de forma ampliada, ou seja, trabalhando os vários fatores da prevenção dos desconfortos, tratamento e recuperação da saúde. Esse trabalho passa pela re-

união de saberes para compreensão do dia a dia desses idosos, seu contexto social, alimentar etc. Assim pela articulação das áreas e respectivos servidores da Educação, Saúde e Assistência, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos poderiam atuar estimulando, prescrevendo e acompanhando mudanças no comportamento, hábitos alimentares, exercícios e movimentos específicos que, de forma orientada, resultem na prevenção, no tratamento e no manejo das dores. Poderíamos ainda contar com a atuação dos profissionais farmacêuticos – orientando, no ato da dispensa, o uso correto de medicamentos para manejo da dor e das outras questões pertinentes à saúde. Para compreender em quais contextos de vida esses idosos vivem sua rotina e cotidiano, a equipe de Saúde conta, ainda, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com os profissionais da Assistência e Educação. Por meio do cuidado interdisciplinar, é possível conhecer, reconhecer e acompanhar de perto as condições de vida dessa população.

Com a escolha pela primeira estratégia de resposta ao aumento do número de pedido de consultas com especialista, o gestor centra seus esforços organizativos e financeiros em 1 ou 2 profissionais médicos que deverão dar conta desse aumento da demanda por diagnóstico e tratamento das situações de saúde. Nesse caso, o gestor ainda enfrentará a dificuldade de atrair e reter profissionais especialistas. A segunda estratégia tem a ver com a preocupação em integrar os profissionais já existentes no Município, de forma multidisciplinar, o que, *a priori*, demandaria menos recursos financeiros e qualificaria o encaminhamento dos casos que realmente necessitam de atenção e consulta com especialista.

Esses dois exemplos merecem ser contextualizados. O cuidado nos diferentes níveis de saúde e as ações pertinentes não devem se li-

mitar ao conceito de que somente é possível pelo cuidado médico. Essa noção ampliada tem a ver com as condicionalidades diversas e complexas de saúde da população. A partir da compreensão dessa noção, cabe ao gestor municipal privilegiar a formulação e a prática de uma Política Municipal de Saúde pautada na integralidade (TEIXEIRA, 2010).

ENTENDA MELHOR POLÍTICA DE SAÚDE



Entende-se como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação a produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*Policy*) (PAIM, 2006a).

A situação instável dos Programas na área da saúde, em detrimento de adoção de Política de estado revela, mais do que nunca, a necessidade de uma mudança de perspectiva: **deixar de perceber o planejamento e a gestão em saúde como uma mera instância burocrática para uma instância de processo maior de comunicação participativa**, ou seja, que preencha a “função da integração social ou da coordenação dos planos de diferentes atores na interação social” (HABERMAS, 1989, p. 41).

Partindo do entendimento que as ações e os serviços municipais devem estar conectados com o regramento regional, estadual e nacional da Política de Saúde, o processo local de formulação e planejamento representa a possibilidade de abertura de espaços políticos, do diagnóstico de necessidades e de construção de alternativas.

3.2 Desafios e conceitos do planejamento em saúde municipal

Em termos pessoais, planejar ou não pode ser uma escolha pautada, exclusivamente, por sentimentos, crenças e valores. Podemos acordar todo dia e deixar que o cotidiano conduza a utilização dos recursos dos quais dispomos: nosso tempo, nossa inteligência, nosso dinheiro. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional, ou seja, condições e estruturas que permeiam a gestão e, portanto, contextualizam o fazer Saúde no Município – o **planejamento e suas etapas tornam-se primordiais para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados** entre prefeitura e sociedade (PAIM, 2006b).

Ao tratarmos de **Política Nacional** de tamanha importância, de direitos e deveres constitucionalmente estabelecidos, se faz necessário que o gestor municipal abandone a prática do “improvisado”. Isso quer dizer que, na medida do possível, a partir de uma série de fatores institucionais, epidemiológicos, sociais e econômicos, a política municipal de saúde não seja **refém do acaso** dos problemas (e são muitos) que se estabelecem, mas sim um instrumento de indução de melhorias.

Ao gestor desavisado, tal indicativo de não tornar a Saúde refém do acaso pode parecer óbvio demais. O cotidiano municipal mostra que planejar e executar são desafios gigantescos perante as complexidades das ações de promoção, proteção e recuperação. Assim, tornar claro

para a população, gestores regionais, estaduais e federais **o planejamento**, ou seja, **explicitar o que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quem serve**. Esse processo precisa ser encarado com muita atenção pelos novos gestores, para que assim o planejamento se torne a *interface* com a política de saúde.

Outro ponto desafiador na gestão em saúde diz respeito ao **planejamento tornar-se uma ferramenta da administração de pessoas**. Se administrar quer dizer servir, o planejamento permite que os diversos servidores das instituições realizem o seu trabalho em função de propósitos claros e explícitos, do mesmo modo que os gestores da coisa pública poderão reconhecer e acompanhar o trabalho dos que se encontram sob a sua orientação. **Se a prática do planejamento é socializada, um número cada vez maior de servidores públicos passa a ter conhecimento sobre o significado do seu trabalho**. Portanto, o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação (PAIM, 2006).

Conceituar planejamento inserido no campo da Saúde, também **é um desafio**. Isso porque o conceito de planejamento mais comumente conhecido reside no campo da Administração de Empresas e, portanto trata-se de planejar visando, em última análise, ao lucro. A Saúde Pública tem objetivos, servidores e processos de trabalho bastante distintos de um comércio, fábrica ou propriedade rural. Por si só o objetivo do lucro, do ganho financeiro, não se reproduz na esfera pública. Tais perspectivas e diferenças entre o público e o privado têm desdobramentos no conceito do planejamento, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 3 – As concepções de planejamento

NORMATIVO (tradicional)	ESTRATÉGICO (integrativo/cogestão)
Visão normativa (Taylor-Fayol)	Visão estratégica
Base Funcionalista – unidimensional.	Base construcionista – integrando várias dimensões da realidade.
Há sempre um ator que planeja e os demais simples executores – uma só verdade.	Há vários SUJEITOS que planejam com objetivos conflitivos – várias verdades. Planejadores =executores.
O diagnóstico é resultante de constatações objetivas.	Diagnóstico resultante de constatações objetivas e subjetivas.
Ilusão de que todas as variáveis são previsíveis de controle.	Não há uma única explicação para os problemas, tampouco uma única técnica de planejamento.
Verticalização do processo produtivo.	Horizontal do processo produtivo.

Fonte: UFSM/adaptação CNM.

Além de método, o planejamento é reconhecido como ferramenta, instrumento ou técnica para a gestão, gerência ou administração (FERREIRA, 1981; MEHRY, 1995) e como processo social (GIORDANI, 1979) em que participam sujeitos, individuais e coletivos. No primeiro caso, dá-se ênfase aos meios (de trabalho), ao passo que no segundo o foco é nas relações (sociais) que permitem estabelecer e realizar propósitos de crescimento, mudança e/ou legitimação (TESTA, 1987; 1992). É uma alternativa à improvisação, para não se tornar uma presa

fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade.

Desde a Constituição de 1988, além de uma Política Nacional de Saúde e de um Sistema, no nosso caso, o SUS, o governo optou por organizar a Saúde em Programas. Assim não é surpresa que a maioria das ações e dos serviços de saúde que os Municípios executam, dentro de uma Política Nacional, sejam predominantemente via Programas, tais como Estratégia Saúde da Família, Programa Mais Médicos e tantos outros.

3.3 Política pautada em programas

Antes de salientar quais as características e consequências para os Municípios de uma Política Nacional pautada em Programas, devemos conceituar tal instrumento de gestão.

Programa é um instrumento para operacionalizar as políticas de saúde através do planejamento, da execução e avaliação de ações de promoção, prevenção, tratamento (cuidados) e recuperação da saúde. Nesse contexto, é de suma importância o delineamento prévio das **diretrizes**, para que o programa possa ser desenvolvido de forma adequada. Elaborar programas implica definir os objetivos do programa, as áreas de atenção que serão abordadas, a população que será contemplada, as ações que serão implementadas e os resultados desejados. Essas questões implicam, na maioria dos casos, uma série de condicionalidades e de contrapartidas que devem ser atendidas pelo Município.

É desse aspecto das **condicionalidades e das contrapartidas** que os gestores devem estar extremamente cientes. Em virtude da adesão a programas federais e estaduais como o Transporte Escolar, Merenda Escolar, Programa Saúde da Família e outros, os Municípios condicionam a execução e o recebimento dos repasses financeiros à carga horária de profissionais, ao custeio de instalações etc. **Vale lembrar que**

os recursos oriundos destes programas, além de defasados, são insuficientes, e o poder público municipal sempre acaba sendo penalizado por ter de custear a diferença dos valores.

Além da questão do financiamento, temos as especificidades de cada cidade, cada região do país. Municípios que pertencem ao mesmo Estado, mesma microrregião, podem apresentar características e condicionantes de saúde extremamente diferentes.



DICA CNM

As especificidades dizem respeito às situações, às características e à história de vida das pessoas de uma comunidade, de uma cidade. Nesse sentido, apenas o mapeamento e o diagnóstico da situação de saúde, a vulnerabilidade e outros fatores podem definir essas questões no Planejamento.

Assim o serviço de saúde que “dá conta” de certas questões em uma cidade pode não apresentar exato resultado na cidade do lado. Daí a importância de o gestor compreender que nem todo Programa lançado pelo governo federal ou estadual deve ser contratualizado.

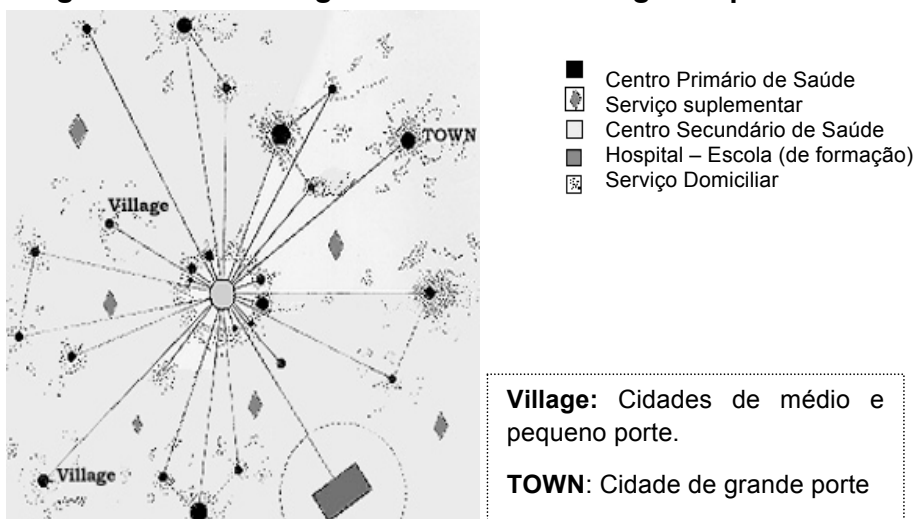
3.4 Visão regionalizada da Saúde

A atividade de planejamento da Saúde municipal passa pelo reconhecimento de serviços, estruturas e equipes que completam a Rede de Atenção (RAS) à qual o Município pertence. Essa Rede diz respeito às estruturas de média e alta complexidade que se localizam na região, nas macrorregiões, no Estado e na Federação. Essa forma de

organização da Saúde pode parecer recente – Portaria 4.279/ 2010 –, mas, na verdade, se conecta com conceitos de efetividade do cuidado de mais de 100 anos.

Em 1860, na Inglaterra já se pensavam propostas de regionalização a partir da discussão da área de abrangência de hospitais. Em 1920, pelo chamado **Relatório Dawson**, nome dado ao estudo profundo dos serviços de saúde na Inglaterra, realizado pelo Bacharel em Ciências e Médico Bertrand Edward Dawson. Esse estudioso propôs pela primeira vez o esquema de rede para organização dos serviços e afins que deveriam estar disponíveis de modo tal a beneficiar a população de uma dada área (FIOCRUZ, s/d).

Figura 3 – Modelo organizativo da saúde sugerido por Dawson



Fonte: FIOCRUZ, s/d.

Por esse modo organizativo, os serviços de saúde “domiciliares” seriam apoiados por Centros de Saúde Primários com auxílio de laboratórios, exames radiográficos e acomodações para internação. Nas cidades maiores, se teriam os Centros de Saúde Secundários, com servi-

ços especializados com, no mínimo, clínica geral, cirurgia, ginecologia, oftalmologia e otorrinolaringologia. Por sua vez, os Centros Secundários seriam vinculados a hospitais docentes.

Esse tipo de organização gera maior eficácia e progresso do conhecimento, estabelecendo um sistema uniforme das histórias clínicas dos pacientes; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento. Assim todos os serviços – tanto curativos como preventivos – estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área.

Dawson ainda introduziu na discussão da organização da Saúde os conceitos de:

- território;
- populações adscritas;
- porta de entrada;
- vínculo/acolhimento;
- referência;
- atenção primária como coordenadora do cuidado.

Para que a Rede funcione, é indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade (FIOCRUZ, s/d).

O modelo proposto por Dawson foi adotado por todos os sistemas nacionais de saúde. Não foi diferente com o nosso SUS. Assim, as ideias do teórico e médico inglês foram contextualizadas e sua essência revisitada, dando base, em parte, à formulação da Lei 8.080/1990 e às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, o objetivo das RAS é de formar arranjos organiza-

tivos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – PORTARIA Nº 4.279, 2010).

A implementação das RAS aponta para uma **maior eficácia na produção de saúde**, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, no planejamento e na gestão da Saúde com um olhar para o local, sem deixar de lado a região e o Estado (BRASIL, 2010). Essa conexão entre o microterritório – ou seja, serviços e níveis de complexidade inseridos no Município e a Rede regional e estadual – passa principalmente pela capacidade de mapear e de contratualizar junto ao Estado ações, serviços e estruturas operacionalizadas nas Comissões Intergestores Regional e Bipartite (CIR e CIB).

Dessa forma, a partir das características da população, condicionantes de saúde e outras questões, **ao ser integrante da Rede**, o Município não precisa concentrar em seu território e sob sua responsabilidade todos os serviços de saúde possíveis. Isso significa que, dependendo das características e das distâncias, o “Município A” sem serviço de emergência pode ter apoio/suporte e encaminhar seus munícipes à Emergência do “Município B” mais próximo. Por sua vez, o Município B, que possui esse serviço de emergência contratualizado com o Estado, passa a receber um “teto” de incentivos financeiros para atendimento de residentes de outras localidades.



Prefeito(a)! O funcionamento correto da RAS, a análise e a escolha dos Programas necessários ao seu Município e a definição do que vai ser feito, quando, onde e como, passam pelo conhecimento da situação de saúde da população. Para tanto, as atividades de mapeamento dos contextos de vida e condicionantes de saúde são importantíssimas.

3.5 Mapear

Para definir aonde queremos chegar, temos primeiro de compreender que recursos físicos, humanos, financeiros e quais contextos permeiam a saúde do Município. E, em seguida, é necessário que o gestor faça um diagnóstico da saúde do Município por meio de uma ação coordenada de mapeamento. O objetivo do mapeamento é facilitar o acesso à informação em saúde, ao auxiliar na obtenção, na leitura, no monitoramento e na análise das informações. Estas permitem aos gestores municipais a avaliação, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde, além de propiciar maior entendimento das ações adotadas. A ação de **mapear pode ser realizada de diversas maneiras**. Como sugestão, essa análise pode ser dividida em: identificação do Município e da secretaria municipal de saúde, situação de saúde no Município, atenção integral à saúde, vigilância em saúde, gestão de saúde. Isso envolve a verificação dos indicadores em saúde, além da descrição e da distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços ofertados pelo SUS, pela rede conveniada e pela iniciativa privada na RAS regional, estadual e municipal.

3.5.1 Quais informações básicas para realizar o mapeamento?

Cada gestor, com o auxílio dos profissionais do Município, deve refletir a respeito do que se entende como informações importantes para dar base ao planejamento da saúde.

É importante destacar a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico da população residente no Município. Para tanto, poderão ser utilizados diversos sistemas de informação de saúde, definindo indicadores do Município, que são medidas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como o desempenho de saúde. Todas as informações descritas deverão ser analisadas e comentadas, contextualizando as características locais que contribuiram para tal situação, sinalizando os problemas e as necessidades refletidas na informação epidemiológica, utilizando quadros, tabelas, gráficos para cada informação, preferencialmente com uma série histórica de, no mínimo, quatro anos (SES/ SC, 2012).

Inicialmente, é indicado o levantamento dos seguintes dados para identificação do Município e da secretaria municipal de saúde: apresentação do território, limites, área geográfica, economia, renda, população, estrutura etária, crescimento populacional, pirâmide etária, distribuição segundo área de residência (urbana/rural), índice de envelhecimento, esperança de vida ao nascer, grupos vulneráveis (indígenas, assentados, quilombolas), educação (nível escolaridade, taxa de analfabetismo, rede de educação), estrutura sanitária (abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo), estrutura organizacional da SMS, recursos humanos da SMS.

De posse das informações e dos dados, do contexto da saúde e de outras Políticas Públicas na cidade, o gestor tem condições de passar a formular e planejar as ações.

3.6 Debater e planejar

De posse do mapeamento e do diagnóstico da situação da saúde, o próximo passo é debater o que está bem e o que não está. Dessa forma, se faz necessária a programação de uma série de encontros para debater os dados obtidos na fase anterior. Debater, nesse sentido, não significa montar um palco de acusações a respeito de “quem tem a culpa” pelos problemas que foram identificados, mas sim de possibilitar um amplo espaço técnico e político para priorizar e construir coletivamente o que se entende como necessário e passível de melhoria.

Esse debate e identificação diz respeito, inclusive, aos desafios no campo da saúde no tocante ao desempenho das funções. Cada serviço deve propor um planejamento mínimo, permeado pelas funções de cada integrante, pelos processos de trabalho. Mesmo esses serviços planejando, organizando e prevendo ações, as demandas do cotidiano, ou seja, ações assistemáticas surgirão. Isso é comum nas Redes de Saúde. Nesse sentido, o debate se faz necessário como forma de rever, repensar, reorganizar e introjetar no Planejamento da Saúde Municipal essas demandas não enxergadas pelo gestor nos planos e nas ações anteriores.

Para tanto, alguns questionamentos podem ser feitos a partir de:

Em que medida é suficiente centrar esforços com demandas cotidianas?

Somos arrastados pelo ritmo dos acontecimentos do dia a dia, como força correnteza de um rio?

ou

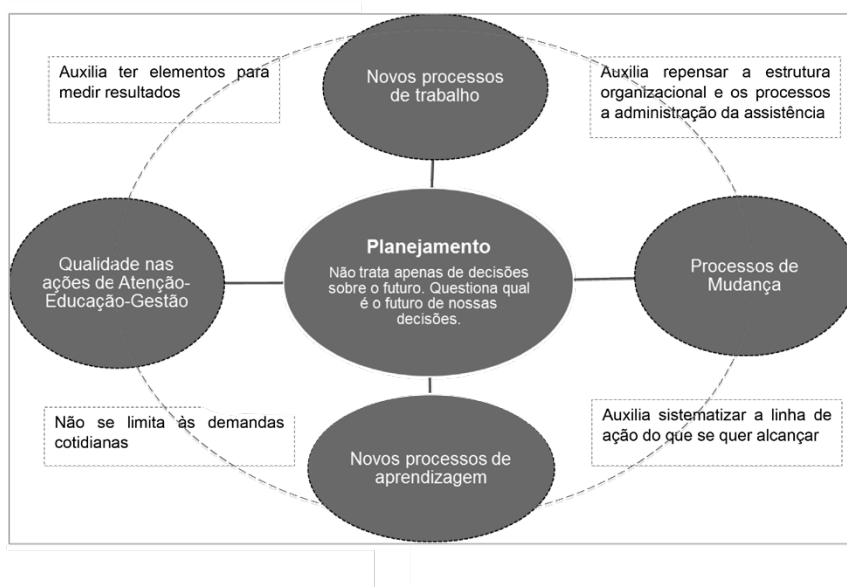
Sabemos onde queremos chegar e, para tal, concentramos nossas forças em uma direção definida? (OLIVO, s/d).

Com o passar do tempo, a organização e a sistematização do debate em torno das funções e das demandas possibilitarão tornar as

ações assistemáticas em sistemáticas, ou seja, em ações planejadas. Isso denota uma preocupação com uma visão ou uma perspectiva estratégica para a saúde municipal.

Planejar nesse contexto não é predizer o futuro, mas propiciar uma estratégia que amplia o arco de possibilidades para intervenções mais eficientes. A **figura 4** mostra as reflexões possíveis a partir da problematização das ações nos serviços de saúde.

Figura 4 – Mapear, debater e planejar



Fonte: Adaptado de Olivo, (s/d).

Especialmente para o ano de 2017, os novos gestores terão a oportunidade de institucionalizar o mapeamento, o diagnóstico, o debate e a problematização das ações, para que, de fato, o planejamento seja uma construção coletiva, etapa a etapa. Nesse aspecto, o ano de 2017 pode ser o divisor de águas da nova gestão: todos os Municípios do país devem elaborar seus Planos Municipais de Saúde (PMS) e, por-

tanto, preparar as fases para elaboração do planejamento não pode se perder do horizonte do Plano.

3.6.1 Planejar

Normativamente, o planejamento é abordado pelo Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Nesse importante documento de 2006, a atividade é atribuída como função estratégica de gestão, assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes e aponta instrumentos normativos para o processo de planejamento, tendo como base os seguintes pressupostos:

No parágrafo único do art. 1º:

I – planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada.

II – respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

III – monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS.

IV – planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas.

V – compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (*Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão*) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;

VI – transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;

VII – concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.

Portanto, a norma já aponta como condição à gestão municipal o planejamento e os respectivos instrumentos: o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão (bimestral). Esses compõem o processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. O Plano de Saúde é um dos resultados do planejamento, assim como o orçamento do governo explícito no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA). Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e nas Leis Orgânicas dos Entes federados.

3.6.2 Objetivos de planejamento

Como abordamos anteriormente, existem muitos métodos de planejamento, cada um com suas vantagens e desvantagens conforme a situação que se apresenta; no entanto, as maiores influências no planejamento em saúde são as do pensamento normativo e estratégico.

O enfoque estratégico exerceu grande influência no movimento sanitário brasileiro, mas o **Planejamento Estratégico Situacional** (PES) é o que mais foi difundido, utilizado e atualizado. No PES, o ator que planeja está dentro da realidade e coexiste com outros autores que também planejam, diferente do método normativo, onde o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e querendo controlá-la (GIOVANELLA, 1991).

No contexto do pensamento estratégico, os objetivos do Planejamento são:

Ponto de partida

- **Definir:**

Onde se quer chegar, o que se quer atingir.

- **Detectar:**

O que se quer fazer...

Um problema a resolver (ou)

Um desafio a ser enfrentado (ou)

Um risco a ser evitado (ou)

Uma posição a ser conquistada.

A partir dessas definições, temos de identificar como esses objetivos conversam com a estrutura do Planejamento em Saúde e do Plano que o gestor estará a construir. Nesse contexto, os níveis de desdobramento do Planejamento em Saúde podem ser descritos da seguinte forma:

- **Planejamento Institucional:** são estabelecidas a missão, a visão, os valores, quais impactos sociais estão envolvidos. Cria-se a perspectiva futura da organização.
- **Planejamento Programático:** são estabelecidas quais serão as linhas de ação detalhadas por segmentos, setores ou programas de intervenção.
- **Plano Operacional:** este plano desdobra os programas, as ações educativas, as ações curativas, as ações gerenciais. O plano operacional pode ser organizado em subplanos.

Esses desdobramentos do Planejamento possuem etapas que, superadas uma a uma, configuram o próprio Plano de Saúde.

3.7 Etapas do Planejamento

Iniciamos as etapas do planejamento pelo institucional.

a) Definir marco teórico-político-ideológico da gestão:

No caso da saúde, esse marco é permeado pela legislação nacional, ou seja, a Constituição e a Lei do SUS. O marco político ideológico¹ está fortemente referenciado ao que se entende por saúde e a relação com a questão pública.

- Missão: é a razão de ser de uma organização. É o foco das atividades.

Exemplo de missão: prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania. Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ UFRGS.

- Visão: refere-se ao direcionamento ou às intenções que se deseja atingir no futuro. Exemplo: ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde (HCPOA).
- Valores institucionais: expressam as crenças ou os fundamentos mais importantes da instituição, norteiam as condutas de seus profissionais e do seu relacionamento com as diversas partes interessadas, incluindo clientes, fornecedores e sociedade entre outros. São exemplos de valores institucionais:
- respeito à pessoa – o Hospital de Clínicas valoriza o respeito à pessoa por meio do reconhecimento do direito de cada indivíduo

¹ Aqui definida como conjunto de ideias, valores, maneira de sentir e pensar de pessoas ou grupos. Etimologia da palavra: O estudo das ideias. (GUARESCHI, 2008).

de tomar suas decisões em um ambiente de acolhida, respeito e confiança;

- competência técnica – a competência é valorizada pelo Hospital de Clínicas por meio do aprimoramento incessante da excelência e da agilidade de serviços;
- trabalho em equipe – o trabalho em equipe é um valor institucional que se manifesta pela participação coesa e integrada de todos os colaboradores do Hospital de Clínicas;
- responsabilidade social – a responsabilidade social é um valor do Hospital de Clínicas decorrente de uma visão abrangente de saúde que exige a contínua prestação de contas à sociedade. (HCPOA)

b) Historiar a organização

Esta fase do planejamento tem a ver com a apropriação e a compreensão da história da Rede, do serviço e da ação de Saúde. Esse historiamento tem a ver com a necessidade de construir um planejamento compreendendo como e porquê um serviço existe, qual o sentido de suas funções na Rede etc.

c) Diagnóstico

É o marco zero do planejamento. O diagnóstico compromete toda a execução do planejamento, daí a ênfase que temos pautado para esta etapa.

Identificação e escolha do modelo apropriado (segundo tipo de planejamento).

- D. Situacional: radiografia do momento presente.
- D. Processual: observa diferentes momentos.
- Levantamento dados: por meio de consulta documental, entrevistas com usuários do SUS, pesquisas de percepção/opinião, relatórios de atividades, rodas de conversa com trabalhadoras e trabalha-

dores. É importante reservar tempo para leitura de publicações, análise dos dados armazenados.

Objetivo desta etapa: problematizar!

Ter em mãos a multiplicidade de fatores que interferem na organização ou nos programas de atenção à saúde ou nas ações de gestão.

d) Sistematização informações

- Redigir e ordenar as informações.
- Focalizar os principais problemas.
- Elaborar de 3 a 6 eixos estratégicos do que é mais fundamental para intervir.
- Cada eixo deve dar origem a um programa de ação.

e) Objetivos estratégicos

- Objetivos institucionais (missão).
- Objetivos operacionais (por eixos): consolidar, melhorar, estabelecer, buscar, consolidar, implementar.



ATENÇÃO

Uma das causas mais comuns do fracasso do planejamento é a falta de um conjunto de objetivos claramente definidos.

f) Plano de Ação

O Plano de Ação é **uma ferramenta de planejamento** em que estão descritas todas as ações em saúde que se pretende realizar durante um exercício (um ano), assim como as atividades a serem desen-

cadeadas, as metas e os resultados esperados e seus meios de verificação, os recursos financeiros implicados e os responsáveis, além das parcerias necessárias para a execução dessas ações. Esse Plano de Ação **busca sistematizar o processo de planejamento** das ações de Saúde (Vigilância, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, entre outras) e otimizar a negociação das execuções dessas ações entre Estado e Municípios, considerando a dinâmica local.

Para a elaboração do Plano de Ação, **devem-se tomar como subsídios**: diretrizes, prioridades e iniciativas da macropolítica, ou seja, das Portarias, dos Decretos e de outros documentos ministeriais que norteiam a formulação da Saúde (BRASIL, 2007). Basicamente o Plano comunica:

- o que fazer (ação);
- quem faz (responsável);
- quando fazer (prazo);
- onde será feito (local);
- como será feito (técnicas);
- custo estimado (valor em R\$).

É importante considerar que o Plano de Ação é um dos três (3) instrumentos de *interface* com o PlanejaSUS: Plano de Saúde (quadrienal), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RG). Logo, o **Plano de Ação** faz parte da **sistemática de planejamento da saúde** e tem *interface* com esses instrumentos, ora se utilizando deles para sua construção, ora fornecendo informações para a sua elaboração, acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde e suas dimensões implicaram, para alguns setores da saúde, mudanças significativas no seu relacionamento direto com Estados e Municípios. Dentre essas mudanças, o financiamento das ações, estratégias e programas também passaram por revisões. A

Portaria GM/MS 204/ 2007 **regulamenta o financiamento** e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento.

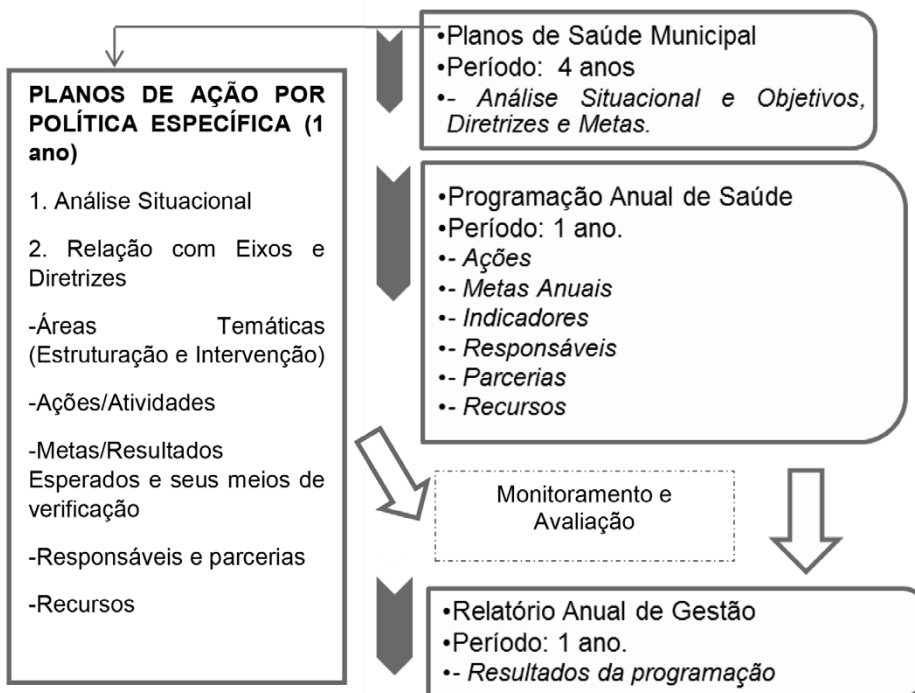
Dessa maneira, o Plano deve considerar os 6 blocos: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

3.7.1 O que deve conter o Plano de Ação?

É a partir do diagnóstico e da análise situacional que serão definidas as ações que a saúde pretende/deve executar durante o ano, assim como o detalhamento dessas ações, no que diz respeito a atividades, metas, recursos, responsáveis, parcerias e resultados implicados.

Por tudo isso, esse Plano de Ação subsidiará a negociação que os Municípios farão com os respectivos Estados (discutidas e acordadas nas comissões intergestores), no que diz respeito à definição das ações que cada Ente executará e ao fluxo de repasses financeiros. Essa negociação acontecerá de acordo com a organização administrativa e a dinâmica estabelecida no âmbito de cada Estado, devendo, por fim, ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), inclusive no que compete a normatizações complementares que se façam necessárias para a formalização dos pactos estabelecidos. A **figura 5** abaixo representa a *interface* dos instrumentos que deverão ser utilizados pela gestão municipal.

Figura 5 – Interface dos instrumentos normativos de planejamento



Fonte: Adaptado de Brasil (2007). PDVISA.

Realizadas as negociações, o Plano de Ação estará finalizado e deverá ser acompanhado pela equipe da Política específica de Saúde (Atenção Básica, Saúde do Idoso, da Mulher etc.).

Com os insumos do Plano de Ação, tanto Municípios quanto Estados poderão finalizar a Programação Anual de Saúde, que contempla: ações, metas anuais, indicadores, responsáveis e parcerias, além dos recursos orçamentários. Vale ressaltar que, segundo o PlanejaSUS, a Programação Anual de Saúde deve se orientar pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA). Ao final de cada ano, a área de planejamento da Secretaria ou a equipe designada para tal construirá o Relatório de Gestão Anual.

O monitoramento é importante, pois será um dos subsídios para a elaboração do Relatório Anual de Gestão e possíveis adequações aos planos e programações seguintes. Além desse acompanhamento local, faz-se também necessário o monitoramento dos aspectos físicos e financeiros realizados por parte das esferas estaduais e federal, com vistas a subsidiar o planejamento integrado entre as esferas de gestão e os processos de avaliação e prestação de contas governamentais.

3.7.2 Sugestão de Plano de Ação

- **Introdução:** relata o processo de elaboração do Plano de Ação, inclusive identificando os pontos positivos e de fragilidade.
- **Análise situacional:** é a parte do Plano de Ação na qual se identifica, formula e prioriza problemas a partir de determinada realidade. É importante lembrar que: a) o Plano de Saúde já tem uma análise situacional e que esta pode ser detalhada na vertente da Vigilância Sanitária; e b) quando do processo de discussão do PDVISA, cada Estado elaborou um relatório, inclusive com o levantamento de problemas relativos à Saúde, que pode e deve ser utilizado nessa etapa.
- **Planilha das Ações (ABS, Vigilância em Saúde, Gestão etc.):** é a planilha que conterà as ações a serem elaboradas com base nos parâmetros/procedimentos explicitados no Elenco Norteador de Ações e o detalhamento das atividades, resultados e/ou metas anuais e seus meios de verificação, responsáveis, parcerias e recursos financeiros.
- **Considerações finais:** considerações que a equipe de elaboração ache pertinente, no tocante às perspectivas que se desenham em torno desse processo.

do e respaldado nas Comissões Intergestores. Ao mesmo tempo, pela tabela, é possível verificar quais as partes que devem ser monitoradas.

Monitorar e avaliar

O monitoramento e a avaliação (M&A) têm sido cada vez mais considerados como práticas importantes quando se busca a melhoria da qualidade das ações e dos serviços de saúde. Nesse sentido, ao compor uma parte importante do Plano de Ação, deve-se considerar que:

- monitorar e avaliar são atividades constantes, ou seja, nunca podem ser no final;
- planejamento tem de ser flexível: para mudar quando se detecta falha;
- monitorar e avaliar não significa condenar ou apontar falhas. São um desafio à educação, à capacitação;
- são contínuos, têm o sentido de revisão e readequação;
- servem para ver o que está dando certo, para multiplicar e difundir tais políticas e ações;
- tendo como referência o planejamento, o M&A serve para verificar o que não está dando certo e os motivos.

No caso da saúde, formas simples de propor e implantar a cultura do M&A poderiam se dar por uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*:

- **ESTRUTURA** – recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada.
- **PROCESSO** – atividades envolvendo profissionais de saúde e pa-

cientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.

- **RESULTADO** – produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Como? Pelo uso de indicadores e avaliadores internos – usuários do SUS, trabalhadores, gestores e público externo.

- **INDICADOR OPERACIONAL:** indica o volume de atividades realizadas em comparação com o programado. É quantitativo e mensurável. Exemplo: 95% de gestantes fazem pré-natal.
- **INDICADOR DE DESEMPENHO:** além de quantidade, deve indicar uma qualificação dos resultados, fornecendo sinais que os objetivos foram atingidos. Exemplo: 95% das gestantes fazem, no mínimo, 6 consultas de pré-natal e participam dos grupos.
- **INDICADOR DE IMPACTO:** repercussão mais ampla que os programas podem ter produzido, como mudanças de comportamento, novos hábitos, inclusão social etc. Exemplo: 100% das gestantes acompanhadas tiveram um pré-natal, parto e parto e puerpério sem riscos e mudaram comportamento em relação aos cuidados perinatais (amamentação, autoestima etc.).

No uso de indicadores, seria interessante ter 1 a 2 indicadores por objetivo ou eixo. Por exemplo:

Objetivo: redefinir a lógica da formação profissional.

Indicador: 75% dos atendimentos das crianças atendidas na UBS estão incluídos em um programa interdisciplinar.

4. Compreendendo o Financiamento da Saúde

A problemática do subfinanciamento é um tema central. A CNM combate tanto no Congresso, quanto perante o Ministério da Saúde uma série de medidas para reverter o histórico financiamento do SUS, reconhecidamente prejudicial aos Municípios.

CONHEÇA MAIS



A CNM tem várias orientações e publicações a respeito do tema subfinanciamento da Saúde.

Acesse nossa biblioteca virtual: “Subfinanciamento da Educação e da Saúde”, disponível em: <<http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/2459#-titulo-livro>>.

4.1 Aplicação mínima em saúde dos Entes da Federação

A Constituição Federal de 1988 dispõe em seu art. 198 que:

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da **seguridade social**, da **União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos

de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

I – no caso da **União**, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II – no caso dos **Estados e do Distrito Federal**, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos **Municípios e do Distrito Federal**, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

A CF de 1988 definiu que o financiamento da saúde seria responsabilidade dos três Entes da Federação, como resultado da sanção presidencial da Emenda Constitucional 29, os percentuais de investimento financeiro para Municípios, Estados e União no SUS só foram definidos em 2012, por meio da promulgação da Lei Complementar 141.

Esta lei definiu a aplicação mínima anual de 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) para Municípios e Distrito Federal e aos Estados a aplicação de 12%. No caso da União, a nova base de cálculo constitucional para a aplicação em saúde foi definida pela EC 86/2015 e estabeleceu que a partir de 2016 o investimento em ASPS da RCL da União seria de forma escalonada, com a seguinte distribuição: 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020.

Para facilitar o entendimento, as ASPS são definidas na própria

LC 141, como toda e qualquer ação voltada para promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, concomitantemente, aos princípios e diretrizes definidas na Lei 8.080, de 1990. Devem estar disponíveis, de forma gratuita a toda a população, deverão ser financiadas com recursos recebidos por meio dos fundos de saúde, estar incluídas no plano de saúde e executadas prioritariamente na saúde, estas devem ser aprovadas pelo Conselho de Saúde municipal e são de responsabilidade do gestor.



Gestor(a), conheça as despesas consideradas ações e serviços públicos de saúde (ASPS):

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do Ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar; VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Agora, conheça as ações que não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS):

I – pagamentos de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

III – Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – Merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), excetuando-se a recuperação de deficiências nutricionais;

V – Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – Limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

VIII – ações de assistência social;

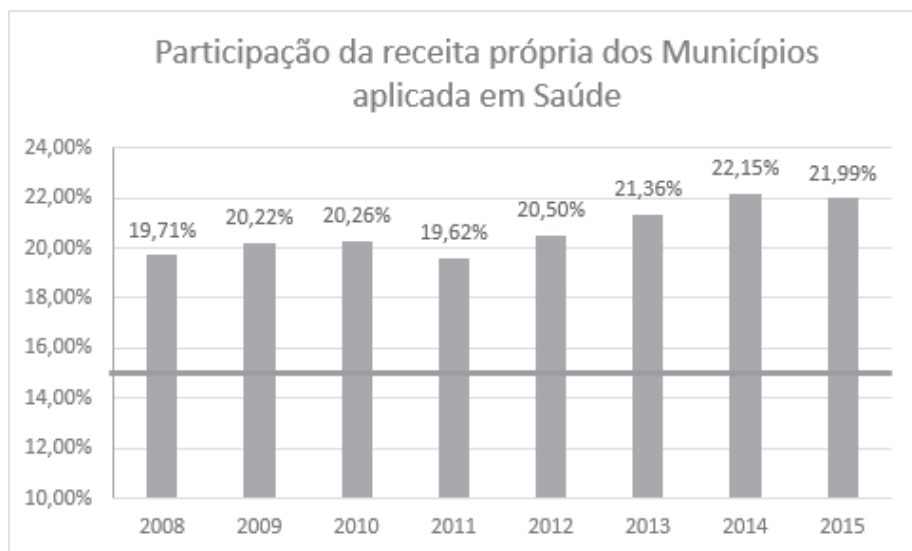
IX – Obras de infraestrutura, mesmo que sejam realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida em lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

As políticas e as estratégias federais, quando implantadas pelos Municípios, exigem uma contrapartida financeira para sua manutenção e um quadro mínimo de profissionais de saúde para seu funcionamento. O problema é que a forma ultrapassada de financiamento federal por meio de incentivo financeiro não é suficiente nem para o pagamento das despesas com a equipe mínima da saúde. Os Municípios têm sustentado políticas públicas deficientes, com estruturas que beiram o caos.

Neste cenário, a CNM alerta há anos que os Municípios têm investido em saúde muito mais do que os 15% de recursos próprios definidos pela Constituição, ou seja, existem Municípios que gastam até 35% em saúde; a média para 2015 foi de 22% da Receita Corrente Líquida (RCL). Isso reflete diretamente na diminuição de investimentos financeiros em outras políticas públicas no Município, certamente, em razão do alto direcionamento de recursos somente para a área da saúde.

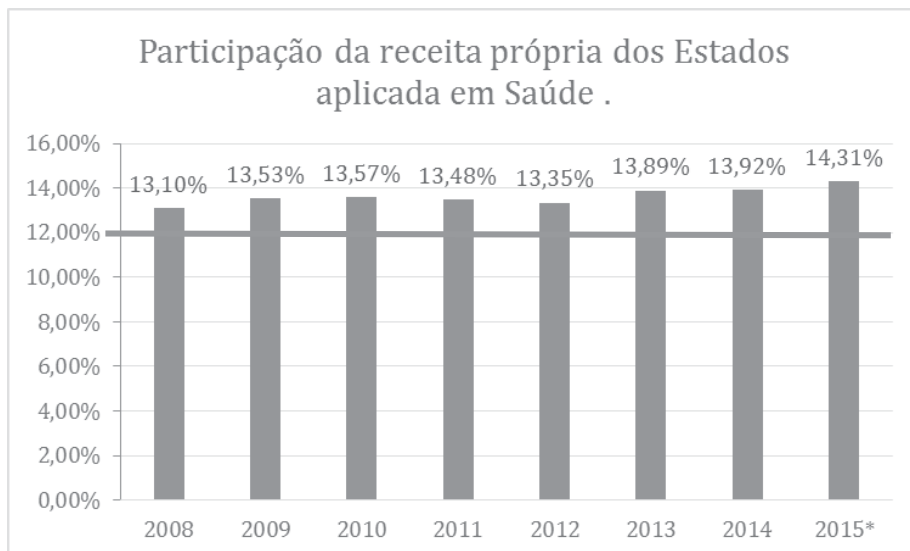
Gráfico 1 – Percentual de gastos dos Municípios em saúde por ano



Fonte: Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consmuntransm.php>>. Atualizado dia 28/07/2016.

Já para os Estados, a média de gastos para 2015 chegou a 14,31% ao ano, demonstrando basicamente que o Ente investe bem menos se comparado ao gasto médio dos Municípios em ASPS. Essa diferença no percentual aplicado pode ser explicado por meio do aumento das responsabilidades assumidas pelos gestores municipais, principalmente em razão da maior proximidade com a população, que utiliza, monitora e fiscaliza os serviços de saúde localmente; as consequências, entretanto, no ambiente político podem ser positivas ou não.

Gráfico 2 – Percentual de gastos em saúde dos Estados por ano



Fonte: Estudos Técnicos/CNM/Siops.

* DF não atingiu o mínimo de 12%, encontra-se com suspensão.

Em relação à União, até o exercício de 2015, a base de cálculo e a aplicação mínima da União em saúde ficaram definidas por meio da LC 141/2012, segundo a qual o Ente deveria aplicar em ASPS o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual mínimo da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. A partir de 2016, a orientação se dá pela Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015, em seu art. 2º, com as seguintes disposições dos percentuais mínimos:

Art. 2

O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I – **13,2%** (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
II – **13,7%** (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
III – **14,1%** (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
IV – **14,5%** (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;
V – **15%** (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional (EC 86/2015).

Há anos, a CNM luta pela definição de percentuais mínimos de investimentos em saúde para União, necessariamente, porque a instabilidade nesses parâmetros põe em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço que deve ser universal, integral e de qualidade. A lógica deveria se basear ao associar o Ente que mais arrecada ao que mais investe e não o contrário, como ocorre na atualidade.

Assim, com a nova fórmula de financiamento, os recursos da saúde para o ano de 2016 já sofreriam uma redução importante, impactando negativamente nas gestões municipais e no funcionamento dos serviços para a população.

4.2 Blocos de Financiamento

O financiamento e as transferências dos recursos federais para ações e serviços de saúde foram regulamentados por meio da Porta-

ria 204/2007, a qual estabeleceu, ainda, a forma de monitoramento e de controle na utilização dos recursos federais. A organização para as transferências financeiras foram definidas em seis Blocos de Financiamento, com seus respectivos componentes e estratégias.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, via fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, conforme os critérios definidos em atos normativos específicos.

Quadro 5 – Blocos de financiamento da saúde

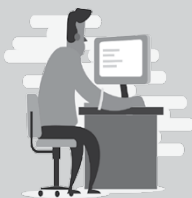
Bloco	Componente	Estratégia/ações/programas
Assistên- cia Farma- cêutica	Básico da As- sistência Far- macêutica.	Medicamentos e insumos essenciais.
	Estratégico da Assistência Farmacêutica.	Medicamentos para tratamento de doenças endêmicas e epidemias, tais como: tubercu- lose, hanseníase, HIV/Aids.
	Especializado da Assistência Farmacêutica.	Linhas de cuidado conforme protocolos clíni- cos e diretrizes farmacêuticas.

Bloco	Componente	Estratégia/ações/programas
Atenção Básica	PAB Fixo.	PAB Fixo.
	PAB Variável.	Saúde da Família (ESF).
		Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).
		Fortalecimento de políticas afetas à atuação da estratégia de ACS – 5 %.
		Assistência financeira complementar – ACS – 95 %.
		Programa de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ).
		Saúde Bucal.
		Equipes multiprofissionais de apoio (Emap).
		Equipes de consultórios na rua- eCR.
Atenção domiciliar (Emad) RAU-ADOM.		
Gestão do SUS	Qualificação da Gestão do SUS.	Mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.
	Implantação de Ações e Serviços de Saúde.	Parcela única e critérios estabelecidos em política específica.

Bloco	Componente	Estratégia/ações/programas
Investimento	Ampliação do âmbito do programa de re-qualificação de UBS.	A transferência de recursos neste bloco ocorre mediante apresentação de projeto, encaminhado pelo Ente federativo interessado ao Ministério da Saúde.
	Crack, é possível vencer.	
	Implantação de unidades básicas de saúde.	
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Fundo de ações estratégicas e compensação (Faec).	Abrange todos os recursos para custeio dos procedimentos: regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CN-RAC), transplantes e procedimentos, ações estratégicas ou emergenciais, novos procedimentos não relacionados na tabela vigente ou que não possuam parâmetros para definição de limite de financiamento.

Bloco	Componente	Estratégia/ações/programas
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	Limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC)	Teto municipal rede viver sem limites.
		Teto municipal rede cegonha.
		Teto municipal rede de urgência.
		Teto municipal rede psicossocial.
		Teto municipal rede brasil sem miséria.
		Teto municipal da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
		Teto municipal rede saúde mental.
		Centro de especialidades odontológicas – municipal (CEO).
		Aquisição de produtos médicos de uso único.
		Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu).
		Teto municipal limite do controle do câncer.

Bloco	Componente	Estratégia/ações/programas
Vigilância em Saúde	Vigilância em saúde.	Incentivo às ações de prevenção das DST/ Aids e hepatites virais.
		Assistência financeira complementar – 95% – ACE.
		Fortalecimento de políticas afetas à atuação da estratégia de ACE – 5 %.
		Piso fixo de vigilância em saúde (PFVS).
		Incentivos pontuais para ações de serviços de vigilância em saúde.
		Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde.
		Ações contingenciais de vigilância em saúde.
	Piso fixo de vigilância sanitária (PFVISA).	Piso fixo de vigilância sanitária parte (FNS).
		Piso fixo de vigilância sanitária – parte AN-VISA.
		Ações estruturantes de vigilância sanitária.
		Piso estratégico-gerenciamento de risco.



SAIBA MAIS

Gestor(a), para visualizar todos os recursos que seu Município recebe mensalmente, acesse: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>.

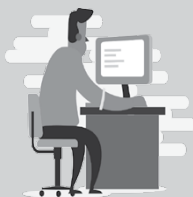
Conhecer as estratégias e os programas implantados no seu Município, associados à identificação dos repasses federais e estaduais transferidos ao fundo municipal, é fundamental para avaliar a participação da União e do Estado na saúde, uma vez que o financiamento da política deve ser tripartite, justo e equânime. Portanto, o monitoramento do gestor aos repasses e blocos de financiamento deve ser constante, assim como na aplicação correta dos recursos da saúde o mal uso do dinheiro público pode levar o gestor a responder por auditorias e processos.

4.3 SIOPS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é um sistema informatizado de acesso público para o registro eletrônico de informações referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os dados são enviados bimestralmente, tendo suas informações monitoradas e centralizadas pelo Ministério da Saúde.

Até o ano de 2012, o sistema era alimentado somente por Estados, DF e Municípios, por meio do preenchimento de um formulário criado pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus). Sobretudo, com o objetivo de coletar, organizar e disponibilizar as informações sobre receitas e despesas dos serviços de saúde e com intuito de dar maior segurança ao uso do sistema, a partir de março de 2013, o registro de

dados passou a ser obrigatório, até mesmo para a União, com a utilização da certificação digital pelos gestores públicos na inserção de informações e prestação de contas.



SAIBA MAIS

O Siops foi institucionalizado pela Portaria Conjunta MS/PGR 1.163, de 11 de outubro de 2000, e retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR 446, de 16 de março de 2004.

Os dados informados no Siops devem ser compatíveis com as informações contábeis geradas pelos Estados e Municípios. Vale lembrar que existe uma classificação de receitas e despesas definida pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF), a qual todos os Entes devem conhecer e utilizá-la de forma padronizada.

A transmissão dos dados ao Siops ocorre bimestralmente. A cada dois meses, o sistema disponibiliza uma versão específica que deve ser instalada pelo operador para o envio de dados, lembrando que o processo só é finalizado após a homologação do gestor das informações.

A legislação atual não pune os Entes que deixam de enviar algum bimestre durante o exercício financeiro, entretanto, existem situações específicas nas quais o Ente pode sofrer sanções:

- suspensão do Fundo de Participação dos Municípios (FPM): ocorre quando não há envio das informações referentes ao 6º bimestre dentro do prazo-limite estabelecido em portaria, ou seja, o último período do exercício financeiro anterior não é enviado até 30 de janeiro do ano seguinte;

- condicionamento dos recursos: ocorre quando o Estado/Município não cumpre a aplicação dos recursos mínimos em ASPS no exercício financeiro anterior. Neste caso, o valor que deixou de ser aplicado é apurado, divulgado e condicionado ao Ente, que deverá comprovar a aplicação do valor na saúde;
- Cauç: caso o Estado ou Município não demonstre o cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ASPS no exercício financeiro anterior, este poderá constar no Cadastro Único de Convênios (Cauc).

FIQUE ATENTO



CNM alerta: mantenha o registro bimestral do Siops atualizado; capacite os operadores do sistema em seu Município e não ultrapasse as datas-limite. A transmissão dos dados garante a transferência de recursos e a consequente manutenção dos serviços locais. Veja as informações do seu Município. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consmuntransm.php?S=225&UF=1&Ano=2014&Periodo=12&Ordenacao=Codigo>>.

5. Instrumentos para Gestão da Política de Saúde

Neste item são apresentados os dois instrumentos básicos de gestão da Saúde: Plano Municipal de Saúde e Comissões Intergestores. Estes itens têm suas funções e objetivos relacionados em Lei Federal, Portarias e Decretos. São documentos e espaços políticos nos quais o gestor torna clara a Política de Saúde do Município, seus atores, suas fontes de financiamento e respectiva inserção na Rede.

5.1 Plano Municipal de Saúde

O Plano de Saúde é definido como o instrumento de gestão que, baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo Município em um período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2013).

Com o objetivo de facilitar a elaboração desse instrumento essencial para uma boa gestão em saúde, este guia busca sugerir a estrutura e as fontes de informação a serem utilizadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, servindo de referência para o trabalho a ser desenvolvido na dimensão técnica de elaboração do plano, descrevendo, assim, o roteiro prático deste processo.

Cada Município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, de acordo com a sua realidade e contexto, tendo como norteador os princípios e as diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS.

Para iniciar a elaboração do **Plano de Saúde**, é fundamental realizar uma análise situacional do Município, tema tratado nos pontos 3.4 e 3.5.

O Plano Municipal de Saúde deve ter articulação com o Pacto pela Saúde, sendo importante avaliar as tendências demonstradas nas séries históricas dos indicadores priorizados no Pacto pela Vida, homologadas pela Portaria MS/GM 325/ 2008 e portarias subsequentes.

O PMS pode ser organizado em eixos de saúde: **Atenção Integral à Saúde (AIS)** e **Gestão de Saúde (GS)**.

Em relação à **Atenção Integral à Saúde**, deve-se informar toda a estrutura das redes de assistência existente no Município, bem como produção dos serviços de saúde:

- **Atenção Básica:** unidades básicas de saúde, organização, funcionamento, número de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuição das equipes no Município; Núcleos de Apoio Estruturados; Caps ou estrutura de saúde mental; saúde bucal; humanização do atendimento.
- **Assistência Ambulatorial Especializada:** assistência de Fisioterapia; Centros de Referência (oferta e demanda de serviços, resolubilidade); Diagnose; Laboratório Municipal; Serviço de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); Sistemas de Informações utilizados no Município; Programas de Saúde (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do homem, Saúde de hipertensos e diabéticos); Serviços de referência e contrarreferência; incorporações tecnológicas.
- **Vigilância em Saúde:** Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Controle de Zoonoses.
- **Assistência Hospitalar:** hospitais (organização, funcionamento, porte, número leitos destinados ao SUS, disponibilidade de equipamentos) serviços de referência e contrarreferência.
- **Assistência de Urgência e Emergência:** Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Serviço Móvel de Urgência e Emergência (Samu) (Organização funcionamento, mecanismos de regulação).

- **Assistência Farmacêutica:** analisar a organização e a prestação da assistência – medicamentos básicos e excepcionais.

Em relação à **Gestão de Saúde (GS)**, devem ser informados alguns aspectos importantes, tais como:

- **Planejamento:** analisar a estrutura, a organização e a 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 de equidade, funcionamento da comissão intergestores, funcionamento e participação do colegiado de gestão regional, termo de compromisso de gestão, desenho de redes de regionalização 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 de Conselhos e das Conferências de Saúde, as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e Movimentos Sociais.

5.1.1 Definição dos problemas prioritários

Após o levantamento da **análise situacional** da saúde em seus diversos aspectos, é preciso identificar, formular e priorizar os problemas em determinada realidade.

Os Planos de Saúde devem conter uma análise da situação atual e definir as prioridades de saúde a serem abordadas. Os objetivos serão

o levantamento do Diagnóstico (Análise Situacional) e a definição dos problemas de saúde, a partir da percepção dos diversos atores sociais, buscando não só o levantamento dos problemas, mas também a identificação dos fatores que o determinam. Podemos definir, assim, o que (problema), quando (tempo), onde (ocorrência), quem (grupo problema).

Esses problemas deverão ser divididos nos três eixos orientadores, que são explicados abaixo (BRASIL, 2008).

- Condições de saúde da população: relaciona os compromissos e as responsabilidades ligadas somente ao setor saúde. É necessário definir o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população do Município.
- Determinantes e condicionantes de saúde: relaciona as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores – intersectorialidade – que se configuram como determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde desenvolvidas pelo Município, tais como saneamento, ciência e tecnologia, educação etc.
- Gestão em saúde: relaciona-se com questões de planejamento, descentralização e regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura.

A partir do levantamento dos problemas, deve-se priorizar também as ações que serão enfrentadas inicialmente pela gestão. Essas ações podem ser classificadas pelos seguintes aspectos:

- magnitude – tamanho do problema;
- transcendência – importância política, cultural e técnica que é dada ao problema considerado;
- vulnerabilidade – existência de conhecimento e recursos materiais para enfrentar o problema;

- custos – quanto custa, em termo de recursos financeiros, para enfrentar o problema.

5.1.2 Formulação de objetivos, diretrizes e metas

O segundo passo para a elaboração do Plano Municipal é a formulação de **objetivos, diretrizes e metas**, que também devem ser organizados de acordo com os eixos explicados anteriormente.

Na formulação dos objetivos, é necessário considerar não apenas os problemas, mas também a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e a coerência com as políticas do governo. O objetivo, se bem formulado, descreverá a situação futura pretendida pela gestão.

- **Objetivo:** expressa o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Exemplo: efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias para assegurar qualificação na assistência e no acompanhamento dos Municípios.
- **Diretriz:** são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressões de forma objetiva – sob a forma de um enunciado – síntese – e visam a delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde. Exemplo: Qualificação e Humanização na Atenção à Saúde – Expansão e Efetivação da Atenção Básica.

Por meio do exemplo, é possível perceber que efetivar traduz a situação a ser alcançada no que se refere à atenção básica. Nesse caso, efetivar é utilizado porque esse modelo de atenção (atenção básica) já está implantado e o que se quer alcançar é a sua consolidação.

- **Ações:** são as medidas ou as iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. Implantar Equipes de Saúde Bucal (eSB).

- Metas: são expressões quantitativas de um objetivo, elas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”. Ex.: Implantar 4 equipes de eSB.

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 a situação determinada, a partir da relação entre variáveis que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas. Ex.: número de equipes eSB implantadas.

Se a meta for quantificada em número, o indicador será número absoluto e não razão de numerador e denominador. Já se for porcentagem, essa razão deverá ser estabelecida.

Vale lembrar que, se a ação tiver correspondência às ações do Pacto pela Saúde, o indicador deverá ser aquele já estabelecido no Pacto. É importante relembrar que os objetivos, as diretrizes e as metas são para um período de quatro anos, ou seja, devem ser elaborados pensando que deverão dar conta do real impacto de sua implantação sobre a situação inicial, descrita na análise situacional.

5.1.3 Viabilidade e previsão financeira

Para desenvolver as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, a gestão deverá analisar a viabilidade das ações propostas e elaborar a previsão orçamentária.

A análise de viabilidade implica a identificação da disponibilidade de determinados recursos. Isso se dá pela análise da viabilidade política

(vontade política de enfrentar a situação); viabilidade técnica-operacional (disponibilidade de recursos técnicos para a execução das ações) e viabilidade financeira (disponibilidade de recursos financeiros – negociados no Plano Plurianual (PPA). A previsão orçamentária, portanto, está relacionada à aprovação do PPA do Município, devendo estar em correspondência com o Plano Municipal de Saúde. Esta previsão orçamentária deverá ter como referência os 6 Blocos de financiamento.

É com base no Plano Municipal de Saúde que o gestor irá elaborar sua Programação Anual de Saúde e seu Relatório Anual de Gestão.

5.1.4 Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatório Quadrimestral

Os outros instrumentos da gestão em Saúde também se relacionam com as normas estabelecidas em Lei.

a) Programação Anual

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução. Sua elaboração inicia-se no ano em curso, para execução no ano subsequente.

Conforme a Lei Complementar 141/2012, os Municípios deverão encaminhar a Programação Anual de Saúde ao respectivo Conselho Municipal de Saúde para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente.

A Programação Anual de Saúde é instrumento destinado a servir de referência para a construção do Relatório Anual de Gestão, delimitando o seu objeto. Desse modo, a Programação Anual de Saúde e o

Relatório Anual de Gestão representam recortes anuais do Plano de Saúde, o primeiro com caráter propositivo e o segundo analítico/indicativo.

b) O Relatório Anual de Gestão

As Portarias 3.085/GM e 3.332/GM definem o Relatório Anual como o instrumento de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. O Relatório tem como conteúdo 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.



SAIBA MAIS

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS – www.saude.gov.br/sargsus).

O Relatório deve ser submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, conforme Portaria MS/GM 399/ 2006.

De acordo com a Lei Complementar 141/2012, os Municípios deverão comprovar a observância do disposto no art. 36 mediante o envio de Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao ano da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo por meio do

SARGSUS, sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas nesta Lei Complementar.

c) Relatório Quadrimestral

Em atendimento à LC 141/2012, os gestores municipais do SUS devem apresentá-lo até o final dos meses de fevereiro, maio e setembro em audiência pública na câmara de vereadores dos Municípios.

O Relatório Quadrimestral deve conter:

- montante e fonte dos recursos aplicados no período;
- auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação; e
- deve seguir o modelo padronizado e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme ANEXO I da Resolução 459, de 10 de outubro de 2012.



FIQUE DE OLHO!

O Plano e os Relatórios se conectam com as ações e os serviços de saúde da região e do Estado. Nesse sentido, o gestor deve compreender em quais espaços essas ações devem ser discutidas e aprovadas, tanto como forma de organização da Rede quanto ao financiamento dela

5.2 Comissões Intergestores

As Comissões são instâncias de pactuação no SUS e responsáveis pelo planejamento integrado na gestão descentralizada da saúde. Assim, são as Comissões Intergestores que estimulam o debate e a negociação em todas as esferas de governo. A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é integrada, paritariamente, por membros do Ministério da Saúde, dos Estados, indicados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e dos Municípios.



FIQUE DE OLHO!

São nas Comissões que se definem fluxos de encaminhamento para consultas com especialistas, exames de diagnósticos, hospitais de referência e respectivos aporte de recursos para pagamento dessas ações.

A atuação dessas instâncias é interligada, objetivando a construção do SUS a partir das necessidades assistenciais identificadas em loco pelos Municípios, condizentes com as diretrizes anteriormente estabelecidas por lei, ou seja, as propostas levantadas nas Comissões Intergestores Regional (CIR) necessitam de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando atingirem território maior que a região e, por vezes, podem, conforme a pauta, requerer conseqüente homologação pela CIT, a exemplo dos casos de utilização de recursos federais. As reuniões ocorrem mensalmente, também respeitando essa ordem de pactuação.

O Pacto pela Saúde, expresso na Portaria 399/2006, veio reforçar o papel das Comissões Intergestores como fóruns importantes de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, dire-

ção e gestão da saúde, mas o reconhecimento por lei da legitimidade de atuação e importância desses fóruns de negociação e pactuação só aconteceu em 2011 com a publicação da Lei Federal 12.466/2011, que incluiu o art. 14-A na Lei 8.080/1990.

Assim, Comissões Intergestores Regional, Bipartite e Tripartite são instâncias deliberativas de organização do SUS. O Decreto 7.508/2011 – que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa – mostra as funções dessas duas instâncias:

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I – a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II – a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e.

III – a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I – aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II – diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III – diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V – referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I – das diretrizes gerais para a composição da RENASES; II – dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III – das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Assim, a participação ativa dos representantes do Município nessas instâncias é de extrema importância, pois, além de serem os espaços de deliberação e aprovação de novos serviços e estruturas de saúde, as Comissões Intergestores são importantes para diagnóstico e avaliação da macrorrede à qual o Município pertence. As funções e os conceitos dessas instâncias são colocados a seguir.

5.2.1 Comissões Intergestores Regional (CIR)

É uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS) de âmbito regional, nos assuntos pertinentes e restritos à região em questão. Essa instância analisa, delibera, avalia e promove o fortalecimento do processo de descentralização, regionalização e pactuação, mediante deliberação do colegiado de secretários de saúde daquela região. A CIR tem como objetivo constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o Estado para constituição de rede regionalizada, pactuando de forma consensual a definição das regras da gestão compartilhada do SUS, composta por representantes da Secretaria Estadual e de todos os secretários municipais de saúde da região. Cabe às CIR a pactuação, a organização e o funcionamento em nível regional das ações e dos serviços de saúde integrados na Rede de Atenção à Saúde (RAS). (DAYRELL, 2015).

5.2.2 Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é uma instância colegiada de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos secretários municipais de saúde do Estado. Os secretários municipais de saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB (DAYRELL, 2015).

A CIB foi criada em 1993 pela Norma Operacional Básica – NOB 1/1993, do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional (que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS).

Como as diretrizes do SUS estabelecem, entre outros aspectos,

que o sistema de saúde deve ser descentralizado e municipalizado, regionalizado e hierarquizado, torna-se fundamental que exista integração entre todos os gestores públicos, para a discussão dos problemas e elaboração de propostas de aperfeiçoamento das ações de saúde realizadas pelo sistema em seus diferentes níveis.

A principal atribuição da CIB tem a ver com a organização do SUS no Estado, para cumprir seus objetivos maiores, de aperfeiçoar a universalidade da saúde, garantir a integralidade da assistência e obter a equidade de acesso às ações e serviços de saúde entre as diferentes regiões do Estado.

Entre as mais importantes funções desempenhadas pela CIB estão a deliberação e a responsabilização pela avaliação dos pleitos de habilitação dos Municípios nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica, Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme as normas do Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica (NOB) 1/1996 e a Norma Operacional de Assistência em Saúde (Noas) 1/2002, além de criar, por Resolução, as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

DICA CNM

Prefeito(a)! É necessário que atendimentos, procedimentos, exames e demais “produções” da saúde sejam todos registrados. É a partir dessa qualificação dos registros que o Município poderá manifestar e justificar mudanças na CIB e demais instâncias. Nesse aspecto, formar uma equipe que periodicamente revise o quantitativo/produção em relação ao que foi pactuado é de extrema importância para não perder recursos financeiros.



6. Orientações para uma Boa Gestão

Para além das questões tidas como próprias da Saúde, a Assistência Social e a Educação são Políticas essenciais para que o Município tenha capacidade de promover o cuidado, diagnosticar e transformar as condições sociais e de saúde da população.

6.1 Planejar para além da Saúde: a importância da Assistência Social e da Educação

Quando se fala do SUS, muitas vezes ficam associadas situações como problemas de acesso, longas filas, infraestrutura inadequada, sistema que não responde às necessidades de toda população, entre outros. As críticas são importantes para que possam ser questionadas e enfrentadas. No entanto, o SUS também precisa ser analisado do ponto de vista da amplitude de ações que ele engloba, como as de promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (SANTOS & BERNACHI, 2012).

Nesses princípios, a atuação transdisciplinar é essencial. Uma boa saúde começa com educação para a saúde, ou seja, dotar crianças, jovens, adultos e idosos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como à saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. Tais ações não se limitam ao campo exclusivo da Política de Saúde e, portanto, o bom gestor municipal deve privilegiar a formulação e execução de estraté-

gias, ações e programas, tendo a atuação e o auxílio de todas e todos os profissionais da Assistência e da Educação.

Outro ponto importante nessa transdisciplinaridade é que, se tanto assistentes quanto educadores compreenderem o SUS e como funcionam e quais as funções dos serviços de saúde, a partir da orientação no ambiente escolar ou assistencial, as famílias poderão ser corretamente orientadas a buscar esta ou aquela unidade, evitando filas de espera desnecessária, a lotação de emergências e urgências e conseqüentemente o agravamento da situação da saúde da pessoa sem orientação adequada.

6.2 Reduzir a judicialização da saúde

A judicialização das políticas públicas é um tema muito recorrente na área municipal. Às vezes, o Judiciário como um todo – juízes, promotores, defensores e advogados – entendem que, a partir do relato e da apresentação ou não de documentos, as pessoas comprovam a necessidade de pleitear judicialmente a garantia do direito à saúde. De fato, existem problemas locais, estaduais e federais que resultam na busca dos operadores do Direito e do Sistema de Justiça como único meio de ter assegurado o direito das pessoas. Um sistema complexo e subfinanciado, sem ter ainda as devidas pactuações asseguradas, representa a junção de fatores para uma crescente judicialização.

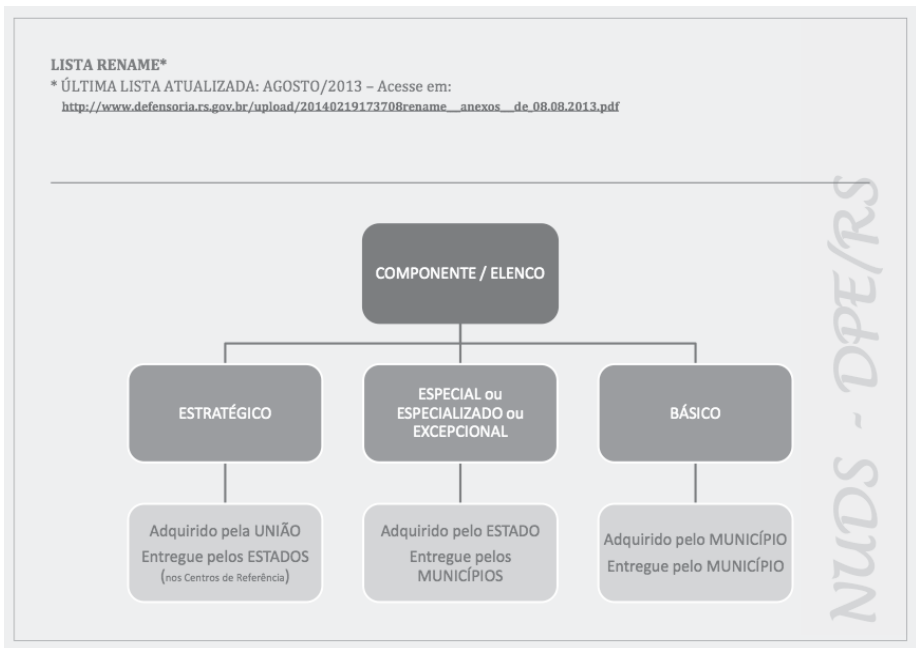
Tais dificuldades não impediram a CNM de buscar estratégias de superação da judicialização da saúde, especialmente aquela que envolve medicamentos.

Um estudo do Comitê Executivo RS do Fórum da Saúde do Conselho Nacional do Judiciário para Saúde (CNJ), outro importante espaço de reflexão acerca da problemática da Judicialização, aponta que:

Os medicamentos passíveis de fornecimento gratuito pelo SUS são classificados, conforme legislação do Ministério da Saúde (Portarias), em componentes: Básico, Especial, Especializado e Estratégico, de acordo com a esfera administrativa responsável pela respectiva aquisição. AÇÃO DE PLANEJAMENTO E DE GESTÃO SISTÊMICOS COM FOCO NA SAÚDE, 2012, p. 63.

Como mostra da constante adequação das entidades às normas do SUS, o material da Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul também reconhece a existência de competências diferenciadas entre Município, Estado e governo federal no tocante ao financiamento e ao fornecimento de medicamentos.

Figura 6 – Fluxo da assistência farmacêutica para fins de ajuizamento de ação no campo da saúde



Fonte: NUDS – DPE/RS.

Esses materiais institucionais que colocam em evidência a contradição de grande parte das decisões judiciais comunicadas à CNM pelos Municípios, têm o propósito de reforçar a discussão necessária a respeito da responsabilização do Ente municipal nas questões de saúde. Perante as situações apontadas, claramente prejudiciais aos Municípios, a CNM propõem ações locais e regionais para diminuição e qualificação da judicialização da saúde.

É no âmbito dos Comitês Locais que são possíveis movimentos de aproximação com os agentes do Sistema Judiciário presentes na localidade com o Executivo municipal. **Esse movimento resulta na formação de redes de cooperação.** Tal aproximação envolve, além do Executivo municipal, os seguintes atores: Ministério Público Estadual, Secretaria Municipal da Saúde – secretário(a), farmacêutico(a) e corpo técnico, Defensoria Pública do Estado, Defensoria Pública da União, Ministério Público Federal, Magistratura Estadual, Magistratura Federal, Procuradoria do Estado, Procuradoria do Município, Coordenadoria Regional de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Integrantes do sistema público de saúde (hospitais, Unidades de Saúde), Seccional ou Subseção da OAB e Conselhos das profissões.

Um dos objetivos desse Comitê/Rede deve ser o de construir, em conjunto, estratégias de diminuição da judicialização. **Sem a participação dos operadores do Sistema Judiciário (OSJ), o objetivo da diminuição torna-se mais desafiador.** São essas instituições que os representantes do Município (Executivo, Legislativo, trabalhadores da Saúde/Assistência Social e Procuradoria Municipal) devem buscar posteriormente para estabelecer uma pauta conjunta.

Todas as experiências mapeadas² pela CNM no Estado do Rio

² O mapeamento ocorreu pela reunião presencial com os operadores do Direito de cada localidade e pela participação de *workshop* junto às instituições que compõem o Comitê Executivo da Saúde do CNJ no RS e Corregedoria do TJ/RS.

Grande do Sul – nas cidades de Porto Alegre, Caxias do Sul, Canela, Erechim, Gravataí, Passo Fundo e Pelotas – assim como no Estado do Tocantins – na Comarca de Araguaína – mostram que os **operadores do Sistema de Justiça** detinham a **compreensão da organização, do financiamento e das redes que compõem o SUS** na sua localidade e região.

Essa compreensão foi possível graças à atuação do Ente municipal com os agentes públicos, no sentido de que esses passassem a conhecer os níveis de complexidade do SUS. Isso possibilitou que os operadores do Sistema de Justiça assumissem uma posição proativa em relação à judicialização, **reencaminhando administrativamente as demandas de saúde** dos cidadãos junto ao Ente competente e, na impossibilidade de resolução administrativa da demanda, direcionando a ação judicial ao Ente federativo responsável: Município, Estado e União.

Em Gravataí/RS, pela formação de uma rede de cooperação, a Prefeitura de Gravataí e o DPE local criaram um novo fluxo de acolhimento e direcionamento das questões de saúde no Município, reduzindo a judicialização, articulando a rede de atenção psicossocial e reduzindo drasticamente os gastos financeiros da prefeitura com ações judiciais de internações compulsórias: em 2 anos de cooperação, o Executivo deixou de redirecionar as ações judiciais mais de R\$1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais).

Nesse sentido, **a formação de redes de cooperação se mostra uma estratégia efetiva**, articulada na comunidade, no espaço político-administrativo do Município ou região de saúde e que envolve, de forma direta, os atores locais, tanto do Judiciário como do Executivo municipal.

Além das experiências exitosas de qualificação e diminuição da judicialização, as instituições que pensam a organização do Sistema de Justiça – Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Colégio Na-

cional dos Defensores Públicos Gerais (Condege) e Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – criaram Resoluções e Enunciados para estimular e organizar junto aos seus membros formas de qualificar e reduzir a judicialização.

Quadro 6 – Instituições e documentos para indicativos de combate à judicialização

Instituição	Documento	Objetivo
Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP)	Resolução 125/ 2010	“Suporte para membros do Ministério Público de todo o país [...] aperfeiçoar as técnicas autocompositivas [...] para busca de soluções dialogadas e consensuais, muitas vezes mais eficazes e efetivas na tutela da concretização dos direitos fundamentais [...].”
Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais (CONDEGE)	Criação de Núcleos de Defesa da Saúde nas Defensorias Estaduais e da União.	Visam resolver demandas de saúde, garantindo o direito ao cidadão, pela via administrativa. Dessa forma, privilegia-se primeiramente o contato com a secretária de saúde municipal e o diálogo constante, em detrimento do ajuizamento contra o Município.

Instituição	Documento	Objetivo
Conselho Nacional de Justiça (CNJ)	Resolução 107/ 2010	“[...] propor medidas concretas e normativas para o aperfeiçoamento de procedimentos, o reforço à efetividade dos processos judiciais e à prevenção de novos conflitos. [...] serão instituídos comitês executivos, sob a coordenação de magistrados indicados pela Presidência e/ou pela Corregedoria Nacional de Justiça, para coordenar e executar as ações de natureza específica [...]”.



CONHEÇA MAIS

A CNM tem várias orientações e publicações a respeito do tema judicialização da saúde. Acesse nossa biblioteca virtual e verifique as estratégias de diminuição da Judicialização: <http://www.cnm.org.br/biblioteca/lista/saude>.

7. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sobre o SUS. Departamento de gestão e saúde do SUS, Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia=-mais-o-ministerio?amp;Itemid=187&start=1760>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. 2016a. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage) – site institucional*. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

_____. 2016b. *Departamento de Atenção Básica – site institucional*. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. 2016c. Fundo Nacional de Saúde (FNS). Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/indexExterno.jsf>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

_____. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. *Lei Eloy Chaves, 1923*. Legaliza as caixas de aposentadoria e pensão (CAPS).

_____. *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. 2006. *Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Pacto pela Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais.

_____. 2007. *Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 29 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508/ 2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 jul. 2016.

_____. 2008. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS – Uma Construção Coletiva – Instrumentos Básicos – Vol. 2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Acesso em: 10 ago. 2016. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/planejajusus/cadernos/Cadernos_de_Planejamento_-_Volume_2.pdf>.

_____. *Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Estabelece diretrizes

para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 9 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 325, de 21 de fevereiro de 2008*. Brasília, 22 fev. 2008. p. 37-41.

_____. *Portaria GM 1.097/ 2006*. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html e, acessado em 10 de agosto de 2016.

_____. *Portaria 2203/1996*. Norma Operacional Básica 1996 (NOB 01/96). Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 5 ago. 2016.

_____. *Portaria 373/2002*. Norma Operacional de Assistência à Saúde 1 de 2001 (NOAS 01/2002). Aprova a Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 5 ago. 2016.

_____. *Portaria 545/ 1993*. Norma Operacional Básica – NOB 01/ 93. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acessado em: 14 ago. 2016.

_____. *Constituição Federal*. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. Portaria 399/ 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. *PLANO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PDVISA)*. 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdvisa_eixos_diretrizes.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2006.

_____. *Portaria MS/ GM 325/ 2008*. Pacto pela Vida – Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5127629/4132782/Portarian.325GMde21defevereirode2008.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

_____. 2012. *Lei Federal 12.466/ 2011*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm , acessado em 15 de agosto de 2016.

_____. *Portaria 399/ 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. *Resolução 459/2012*. Institui padrão para o Relatório Quadrimestral de Gestão. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/cns/2012/res0459_10_10_2012.html>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CNMP. Conselho Nacional do Ministério Público. *Resolução 107/2010*. Disponível em: <http://www.cnmp.mp.br/portal_2015/todas-as-noticias/6825-cnmp-lanca-manual-de-negociacao-e-mediacao>. Acesso em: 10 ago. 2016.

CONDEGE. *Site Institucional*. Disponível em: <<http://www.condege.org.br/>>. Acessado em: 11 ago. 2016.

CNJ. Conselho Nacional de Justiça. *Resolução 107/ 2010*. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?documento=173>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DAYRELL, L. S. O. S. *Direito à Saúde: Para entender a gestão do SUS*. CONASS. 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_1B.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.

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

FIOCRUZ. *Desafios à organização de redes de atenção à saúde*. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_230104412.ppt>. Acesso em: 29 jul. 2016.

GIOVANELLA, Lígia. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, Mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi

d=S0102-311X1991000100004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2016.

GUARESCHI, Pedrinho. *Crítica: Alternativas de mudança*. 66 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2008.

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

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*. v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

MENDES, EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

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

OLIVO, s/d. Planejamento e Gestão em Saúde. Programas de Residência Multiprofissional. Universidade de Santa Maria/ RS. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf , acessado em 10 de agosto de 2016.

PAIM, J. S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p.767-782, tab.

(Saúde em debate, 170). Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006a; p. 767-782.

_____; TEIXEIRA, F. T. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública*, 2006b; Nro 40 p 73-8.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Site institucional. Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde. Disponível em http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2647&Itemid=372 , acessado em 10 de agosto de 2016.

SANTOS, Marcia Aparecida; BERNACHI, Solange. R. de A. O papel do Assistente Social na Saúde Pública no Município de Três Lagoas. 2012. Associação de Ensino e Cultura de Mato Grosso do Sul (AEMS). Disponível em <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/75.pdf> , acessado em 10 de agosto de 2016.

TEIXEIRA, C. *Planejamento em Saúde. Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). *Cuadernos Médico Sociales*, 39, pp. 3-28, 1987.

_____. *Pensar em saúde*. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992, 226 pp.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Aug. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2016.



Sede (nova)
 SGAN 601 – Módulo N
 CEP: 70830-010
 Asa Norte – Brasília/DF
 Tel/Fax: (61) 2101-6000

Sede (antiga)
 SCRS 505, Bl. C – Lt. 01 – 3º Andar
 CEP: 70350-530
 Asa Sul – Brasília/DF

Escritório Regional
 Rua Marcílio Dias, 574
 Bairro Menino Deus
 CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
 Tel/Fax: (51) 3232-3330

www.cnm.org.br

 /PortalCNM

 @portalcnm

 /TVPortalCNM

 /PortalCNM

