



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 5 – PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Autores:

João Alves dos Santos Neto

Cirurgião Dentista, Assessor Técnico – Jandira/ SP

Especialista em Saúde Coletiva e em Gestão Pública em Saúde – Santa Casa de São Paulo

Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Sérgio Luiz da Costa

Enfermeiro; Assessor do Gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Especialista em Gestão Pública em Saúde – FCMSCSP Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Stephen Kunihiro

Cirurgião-dentista; Diretor-executivo da NK Sistema de Informação em Saúde Ltda.; Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família FOP UNICAMP; Mestrando Curso PG em Odontologia em Saúde Coletiva FOP UNICAMP

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã Dentista, Especialista em Saúde Coletiva e Gestão Financeira em Saúde, Ex Secretária de Saúde e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Condado-PE e ex-coordenadora de saúde bucal de Limoeiro, PE; Mestranda do Curso de PG em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos do capítulo

Os profissionais da saúde em sua maioria, infelizmente, não tem na sua formação uma grade curricular que abranja as áreas de controladoria como finanças, orçamento e gestão. Nos dias de hoje todo o repasse dos recursos orçamentários é regulamentada e monitorada pelo governo. Portanto, sem o conhecimento das leis que regem este sistema de repasse e sem a competência de gestão, fica quase impossibilitado elaborar um planejamento que seja em longo prazo sustentável. O objetivo deste capítulo é trazer um pouco do conhecimento da legislação, do sistema corporativo de todos os entes do governo – federal, estadual e municipal, além da experiência ditosa de um planejamento eficaz para que o leitor tenha condições de compreender como é realizado o planejamento em saúde para o seu município.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- CONSIDERAÇÕES INICIAIS
- CONCEITO DE PLANEJAMENTO
- PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PENSAMENTOS
- PLANEJAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
- INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
- EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE
 - Relato de execução de planejamento e programação no município de Várzea Paulista no período de 2006 a 2009.
 - Relato de experiência em Planejamento na Secretaria do Estado da Bahia a partir da Matriz SWOT.
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Leitura Obrigatória

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p.

Tofani LFN, Carpintero MCC, Bruno VR. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. Saúde Soc. 2009; 18(Supl 1): 22-5.

Leitura complementar

Sancho LG. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(12): 2735-46.

ATIVIDADE:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>

Como atividade, pesquisar o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, os instrumentos de planejamento.

Acesse o site: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>

No “mapa” clique no Estado de escolha;

Na situação do relatório de gestão, selecione o tipo de gestão, município, ano e clique em consultar;

Selecione o tipo de gestão;

Selecione o Município;

Selecione o ano;

Clique em consulta;

Clique baixar arquivo em relatório anual de gestão.

Clique em baixar arquivos para visualizar os demais arquivos.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O planejamento e programação em saúde se faz necessário e, dentre de muitas relações, os gastos em saúde com os recursos econômicos disponíveis. Dos fatores que influenciam a demanda estão: necessidade sentida, fatores psicossociais, seguridade social, demografia, epidemiologia, utilização dos serviços, regulamentação e fatores culturais. A base de produção inicial do planejamento provém das informações diversificadas, consistentes, comparáveis, atualizadas e oportunas que provém das mudanças socioeconômicas, demográficas e tecnológicas e suas implicações nas políticas públicas dos órgãos governamentais (Travassos, 2008; Zucchi, 2000).

Em seu contexto político, o SUS se desenvolve em cenários complexos, dinâmicos, cuja distinção e disputas de interesses, ambientes, sujeitos e projetos específicos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, fomente a autonomia, o protagonismo e a participação social. Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Portanto, torna-se importante a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde (Brasil, 2012b).

Pela própria natureza do Estado brasileiro, a atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas deve garantir a autonomia de cada um deles e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas, articuladas e socialmente efetivas, que se expressa no federalismo cooperativo a partir de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, poderes de decisão das esferas de governo – em benefício de um mecanismo complexo e menos formalizado, de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, há uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por apenas um ente federado, colocando-se o desafio do reconhecimento de uma relação de interdependência entre eles e a necessária ação conjunta das atividades. Tendo como base o cenário internacional, apesar do persistente descumprimento da legislação e das diretrizes, além das intercorrências políticas, não tem como se negar o avanço ou progresso brasileiro nas últimas décadas em relação à saúde, demonstrado pelo contexto de crescente democratização. Isto aponta para uma proposta de um planejamento que seja cada vez mais comunicativo e participativo, onde há necessidade de contínuo diálogo, num processo de troca mútua e de aprendizagem (Matus, 1996; Brasil, 2012b).

Outro aspecto importante no planejamento é o fator econômico. Apesar de todo esforço dos países vizinhos do Brasil em reconhecer a necessidade de investir recursos à saúde, tais como tecnológicos, financeiros, e organizacionais, a adoção efetiva de uma organização estruturada se dá somente em 1988, que através da Constituição Federal do Brasil de 88 explicita no Artigo 198 a “saúde como direito do cidadão de dever do estado”, constituindo uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas o SUS, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão. O SUS operacionaliza a efetivação da política de saúde e compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, tendo, ainda, de forma suplementar, os serviços privados de saúde (Brasil, 2009c).

Em relação à oferta de serviços, aumenta a pressão da demanda, onde podemos citar: progresso técnico-médico, difusão da inovação e multiplicação de centros de assistência. Considerando a magnitude do gasto com saúde é de fundamental importância o planejamento para o uso adequado dos recursos econômicos (Zucchi et al., 2000).

2. CONCEITO DE PLANEJAMENTO

Planejar é prever no presente, ações a serem executadas no futuro, através de diagnóstico gerencial, considerando o ambiente marcado por incertezas e turbulências e a necessidade permanente de mudança, baseado no processo e consciência sobre as políticas e diretrizes da organização. Segundo Matus (1989) planejamento é o “*cálculo que precede e preside a ação*”. O planejamento pode ser uma forma da sociedade exercer poder sobre o futuro, orientando e moldando a vontade dos atores nas suas decisões coletivas. O Planejamento passa por negociação conflitante onde a tomada de decisões não resulta de uma disputa entre os participantes.

Para nortear a estrutura de planejamento é preciso fazer algumas perguntas iniciais: “O quê?”, que identifica a ideia do indicador. “Para quem?” aponta o destinatário da ação. “Quanto?” refere-se à quantidade, intervalo de tempo. “Como?”, o processo. “Quando?”, tempo ou prazo. “Onde?”, o local geográfico.

Planejamento é um instrumento para organização da ação dos atores e agentes, orientando as iniciativas e gerando uma convergência e articulação das diversas formas de intervenção da realidade. Qualquer planejamento estratégico deve ampliar sua visão para as tendências ou outros horizontes, além da sua própria organização (Kurcgant et al., 2006).

Como tal, deve-se definir claramente a *metodologia* para uniformizar procedimentos básicos de ação, a fim de estabelecer a *interação necessária entre os diversos níveis hierárquicos da administração para um coerente processo de decisão*. Basicamente, busca-se disciplinar procedimentos que possibilitem que as decisões tomadas nos níveis estratégicos superiores sobre diretrizes, estratégias e objetivos globais possam fluir, afim que os escalões inferiores respondam com propostas que viabilizem o alcance das metas pretendidas. Com os objetivos propostos, o planejamento estratégico está relacionado a adaptar a organização para mudanças futuras, onde o planejamento tático, como desdobramento do planejamento estratégico de médio prazo, delinea a consecução dos objetivos em setores fracionados da organização. E, em cada setor da organização, são realizados os planejamentos operacionais como desdobramento do planejamento tático com metas em curto prazo, geralmente dentro de um sistema fechado visando otimização de recursos e maximização de resultados. O bom planejamento estratégico pode ser entendido como a escolha consciente de ações que aumentem as chances de obter no futuro algo desejado no presente. É uma atividade que orienta possibilidades, arranjos institucionais e políticos. Planejar é um processo, enquanto o plano é um registro momentâneo deste processo e o planejador é seu facilitador (Kurcgant, 2006).

O planejamento sistêmico atrela outros importantes conceitos que a priori parecem não fazer parte: das quais se destacam avaliação e qualidade. Um é meio e outro resultado. O que interliga estes dois conceitos são os dados, que podem ser transformados numa importante fonte de informação que garantirá à organização um desenvolvimento com sustentabilidade. Ou seja, contribui para a mobilização das energias sociais, tanto da parte dos gestores, conselheiros, como de todos ligados direta ou indiretamente à operação, constituindo uma referência para a implementação das ações que podem desatar o processo de transformação na direção de objetivos definidos pela sociedade, o qual leva ao desenvolvimento sustentável. Diante desta complexa malha setorial interagindo, mesmo numa condição de normalidade é fácil observar as ingerências. Considerando as grandes oscilações no ambiente macroeconômico mundial, as instituições devem estar devidamente estruturadas e precavidas para a sua própria sustentabilidade (Kurcgant, 2006).

Há três métodos de Planejamento em Saúde Pública mais utilizados nacionalmente:

- Planejamento Tradicional;
- Planejamento Estratégico Situacional (PES); e
- Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).

Planejamento Tradicional:

Dentre várias escolas e pensamentos de planejamento em saúde temos a tradicional escola CENDES-OPAS. Desenvolveu-se entre 1962 e 1963 como resposta as demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 – que reuniu os ministros da saúde dos países latino-americanos. Era necessária a formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social, como condição para a realização de investimentos externos. A princípio, representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela – e que vai desde começos da década de 60 a meados da década de 70 e, posteriormente, estabeleceu-se o conhecido “planejamento estratégico”. Neste período o foco estava no planejamento tradicional normativo devido a expertise que possuíam em gerir os serviços saúde e sua vinculação técnica (Giovanella, 1990,1991; Chorny et al., 1993).

Para apontar a relevante colaboração que esta escola traz, ilustramos com um exemplo “o custo eficaz de evitar uma morte provocada por algum dano pré-existente”. Aliado aos critérios diretos deveria ser considerado o custo de evitar este dano. Assim, o custo de evitar, por exemplo, a morte por câncer de colo de útero, através da realização do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras encontradas, resultava num custeio inferior do que aquele de evitar morte por câncer de bexiga, que, em geral, envolve exames onerosos como estadiamento, quimioterapia e radioterapia. No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada era enquadrada como prioridade de determinado dano. Assim, o papel do planejador era o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. Esta definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método um certo cientificismo que permitia postular, pelo menos teoricamente, o que seria possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia. O método CENDES/ OPAS constituiu-se na referência central do planejamento em saúde por quase uma década e muitíssimos profissionais foram formados para implementá-lo (Giovanella, 1990,1991).

O Planejamento tradicional se deparou com alguns limites e foi necessário buscar alternativas para atender as especificidades que o Normativo não contemplava: o componente político. A interface do saber técnico ao considerar outros atores sociais produzia forte confrontação com o próprio processo de planejamento. Enquanto que o mundo real seguia seu curso, as decisões na área de saúde continuavam a ser tomadas com base na vontade dos políticos governantes. Isto perpassa por negociações muitas e não poucas vezes conflitantes, onde as tomadas de decisões no processo de planejamento podem resultar numa grande disputa de posicionamento entre os participantes (Buarque, 2008; Góes et al., 2009).

Um referencial que deu uma nova racionalidade ao planejamento foi o de Igor Ansoff et al (1987), que apesar de não ser participativa, pautou o planejamento no controle financeiro: previsão financeira, planejamento financeiro, planejamento de investimentos, avaliação de projetos, sendo estes elementos superiores à decisão política, considerando benefícios que seriam alcançados pela utilização do método com fundamento de causalidade e variáveis das condições de saúde e as ações com o objetivo de maximizar os resultados e minimizar os recursos necessários para alcançar os objetivos não somente institucionais como também corporativas, de médio e longo prazo.

Em termos históricos, Giovanella (1991) afirmou que no setor de saúde, durante a década de 70, as condições políticas na América Latina eram outras a partir do golpe em 1964 no Brasil, no Chile em 1973, e o advento de regimes autoritários em outros países latino-americanos, necessitando-se a revisão do processo de planejamento e seus determinantes.

Planejamento Estratégico Situacional (PES)

No final da década de 70 e início dos anos 80, decorrente das críticas e fracassos na visão normativa, surge a concepção do planejamento estratégico. Como questão central o papel do planejador enquanto ator social na interface com outros atores, sendo o diagnóstico permeado por cenário de interesses e forças distintas havendo várias explicações para a mesma causa. Mario Testa, através do pensamento estratégico, vincula a relação de poder no contexto da estrutura organizacional a partir da articulação técnico política para materializar o poder social. Carlos Matus formula o planejamento estratégico situacional a partir dos fracassos do processo de planejamento na América Latina com enfoque normativo, com práticas economicista e tecnocrática com forte vinculação política, cuja aplicabilidade destina-se aos governos democráticos com a inserção de vários atores sociais, aumentando a capacidade de governar. Barrenechea e Trujillo Uribe consideram o enfoque operacional no contexto do planejamento em saúde, vinculando a complexidade histórica e multidimensional geográfica, demográfica, epidemiológica, econômica, social, cultural e política e sua inserção no sistema social complexo, fragmentado, incerto e conflitante no qual há grupos homogêneos quanto às condições de vida e suas necessidades (Giovanela, 1991).

Níveis de Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O nível estratégico caracteriza-se pelas decisões mais abrangentes de filosofia, diretrizes básicas e objetivos globais da administração. Ocorre nos escalões mais elevados do processo de planejamento, assumindo conotação eminentemente política. É nesse nível que se indica o que deve ser feito, evidenciando o ideal da administração a ser perseguido, baseado nas aspirações, nos desejos e nos valores individuais e íntimos das pessoas e dos sistemas sociais envolvidos e interessados. Neste nível de planejamento, normalmente, não há grande preocupação com a precisão do período em que os objetivos deverão ser atingidos, servindo como indicativo do que se deve perseguir (Rivera, 1995; Rivera, 1996; Sá, 2001).

O nível tático, o segundo da hierarquia do processo decisório, tem como função estabelecer o que pode ser feito, delimitado pelo que deve ser realizado, estabelecido no nível estratégico, condicionado pelo intervalo de tempo e pelas restrições financeiras, organizacionais e tecnológicas (Kurcgant, 2006; Rivera e Artmann, 2012).

O nível operacional é a consecução da análise descrita nos níveis anteriores.

Planejamento Tradicional	Planejamento Estratégico
Determinista (predições certas)	Indeterministas (predições incertas)
Objetivo	Subjetivo (apreciação situacional)
Predição única	Várias apostas em cenários
Plano por setores	Plano por problemas
Certeza	Incertezas e surpresas
Cálculo Técnico	Cálculo tecnopolítico
Os sujeitos são agentes	Os sujeitos são atores
Sistema fechado (metas únicas)	Sistema aberto (várias possibilidades)
Teoria de controle de um sistema	Teoria da participação em um jogo

Figura 1: Comparativo entre planejamento tradicional e estratégico. Fonte: Ludgério, 2015.

Método Altadir de Planificação Popular (MAPP):

O MAPP (Método Altadir de Planificação Popular) constitui-se no método de eleição para planeamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação, a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas, em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções (Tancredi et al., 1998). Oficinas de trabalho são realizadas para agregar os atores envolvidos, onde todos operam em conjunto, sendo ideal nesse caso em planejamentos de menor densidade político-administrativa.

3. PLANEJAMENTO EM SAÚDE E PENSAMENTOS

O modelo proposto pelo Donabedian (1988) interliga o planeamento com a execução da estratégia e monitoramento dos resultados. A Estrutura ligada a Processos medem Resultados que por sua vez dispõe de novos dados gerados para dar o respaldo lógico para planeamento futuro, estabelecendo prioridades para mudanças com orientação para Resultados. O planeamento estabelece coordenação e integração entre os diferentes setores com fins de detectar, analisar e buscar nos seus processos sistematizados solução e melhorias principalmente para os processos desestruturados e fragmentados. Tudo isto gera aprendizagem, conhecimento e inovação. Uma das principais ferramentas de gestão é a infraestrutura de tecnologia de informação. Contudo, o principal ativo tecnológico para este modelo estrutural e processual para o planeamento estratégico é o humano refletido nas diversas dimensões: seleção correta da prioridade, competitividade, desempenho financeiro, envolvimento técnico, esforço comercial, desempenho tecnológico, disseminação do conhecimento, treinamento, investimento, satisfação do cliente e qualidade (Porter e Teisberg, 2007; Prieto et al., 2009).

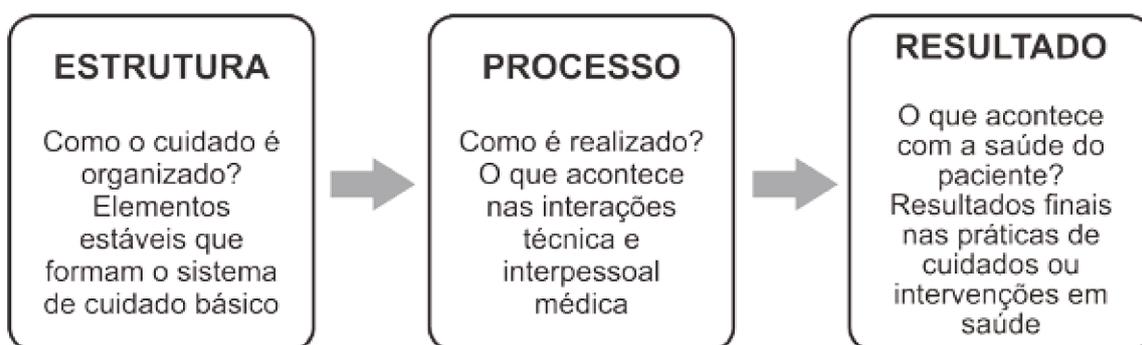


Figura 2: Tríade conceitual dos relacionamentos
Fonte: Donabedian (1966, 1988).

O processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental vêm gradualmente restabelecendo as competências e as responsabilidades dos entes federados no que se refere ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Brasil. Podemos afirmar que a gestão governamental em saúde possui uma

natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo), que se conforma a partir da intermediação de interesses distintos e, principalmente, das interações de poder. No caso do SUS, além do desenvolvimento da logística e da tecnologia de regulação baseada nas necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social (Brasil, 2014c).

O grande desafio do sistema de saúde em garantir acesso dos cidadãos à rede de atenção à saúde, em tempo oportuno e com qualidade, a partir do reconhecimento da saúde como um dos direitos sociais, ganha centralidade na agenda dos gestores do SUS, com o advento do Decreto nº 7.508/11, representando a possibilidade concreta de construção da atenção integral à saúde. Para isso há a necessidade de responsabilização compartilhada entre os gestores do SUS, de forma solidária e cooperativa, por meio da conjugação de recursos e o compromisso de reduzir desigualdades regionais e promover a equidade social o balanço patrimonial o fluxo de caixa (Brasil, 2014b).

A expectativa do usuário e o interesse na dimensão regional nos dá uma configuração diferenciada às competências municipais e, a partir daí, em diversas fases poderá haver questões operativas, financeiras e administrativas que devem ser objetos de consenso interfederativo, uma vez que as “redes” não são fixas, podendo ser alteradas constantemente, conforme se alterem as condições socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas de uma localidade ou região (Brasil, 2009a, 2009b, 2009 d).

A moderna concepção administrativa e técnica do SUS exigem novos arranjos institucionais, administrativos e culturais para poder se concretizar. Por serem relativamente recentes na administração pública, suas especificidades são incompatíveis com determinados conceitos, que requerem invenções e reinvenções operativas não usuais e, portanto, como qualquer inovação, encontram resistências e passam muito tempo permeados pelo antigo. Uma das concepções da gestão é que o desenvolvimento necessita de sustentabilidade e acessibilidade política e ações organizativas da sociedade participativa, transformando a realidade da sua comunidade (Santos e Andrade, 2007; Buarque, 2008).

Considerando a dimensão política, com todo o exercício da autonomia, dos vários espaços para pensamento reflexivo e criativo, é incontestável o valor agregado que se encontra na medição e comparação das coisas, sejam com resultados ou com objetivos futuros, permitindo que o sistema de saúde seja transparente e preste conta à sociedade de seus êxitos e fracassos. Toda gestão ou tentativa de construção de projeto coletivo não pode ter sua validade e êxito medido apenas pelos critérios rígidos da crença da ordem e do cálculo, mas, sobretudo, considerar o ponto de vista de sua validade ética e social (Sá, 2001; Brasil, 2007a).

As experiências bem-sucedidas de desenvolvimento local (endógeno) decorrem, quase sempre, de um ambiente político e social favorável, expresso por uma mobilização, e, principalmente, de convergência importante dos atores sociais do município ou comunidade em torno de determinadas prioridades e orientações básicas de desenvolvimento. Representa, neste sentido, o resultado de uma vontade conjunta da sociedade que dá sustentação e viabilidade política a iniciativas e ações capazes de organizar as energias e promover a dinamização e transformação da realidade (Castells e Borja, 1996).

O processo de planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, referendado pelos respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, sendo obrigatório para os entes públicos no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde (Brasil, 2006, 2009c).

4. PLANEJAMENTO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Os parâmetros estabelecidos pela “Constituição Cidadã” são: o acesso universal aos serviços de saúde e educação; equidade, princípio que denuncia toda forma de desigualdade e injustiça; integralidade, isto é, o conjunto da oferta pública articulada, organizada junto à transitoriedade, que é uma resposta articulada de todos os setores em torno da necessidade ou problema; a regionalização, que preconiza um desenvolvimento econômico e social em todas as regiões e territórios, de forma integrada e potencializando sustentavelmente os fatores produtivos, naturais, culturais humanos, locais; e a participação popular, que projeta a imprescindível escuta da sociedade nos destinos do país, para além dos momentos de mobilização eleitoral. Uma concepção de que, numa democracia, o que é público deve convergir com as aspirações de sociedade. Logo, é uma atividade essencialmente política (Rivera, 1996; Sá, 2001; Buarque, 2008).

Embora a administração pública tenha como essência a democracia, os recursos sempre serão limitados e as demandas e desejos sempre maiores. O orçamento não deve se resumir como um instrumento limitador e controlador de gastos, mas como uma forma de olhar as operações e finanças da instituição, antecipando problemas, sinalizando metas e objetivos que necessitam de maior cuidado, contribuindo para a tomada de decisões com vistas ao atendimento da missão e do cumprimento das estratégias. De forma mais concreta, um bom planejamento se faz necessário levando em conta o balanço patrimonial o fluxo de caixa disponível para este fim. E para diminuir esta diferença são aplicadas as leis de repasse dos recursos orçamentários de cada localidade, reguladas pelas entregas em serviços de saúde realizadas, medidas pelas metas e objetivos previamente pactuados. Os planos de custeio devem estar alinhados com a projeção de despesas, sejam elas administrativas, tributárias, financeiras, assim como o plano de investimento e financiamento (Leite et al., 2008).

Podemos destacar que a conformação jurídica do SUS, de acordo com o disposto no art. 198 da Constituição Federal, exige que todas as ações e serviços públicos de saúde, de todos os entes federados, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado, que é o da gestão compartilhada, a qual requer que a Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam que entes autônomos possam se organizar de modo a executar uma gestão regionalizada (Brasil, 2009a, 2009b, 2009d).

A Lei Complementar 141, Art. 30, instrui que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar. § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos. § 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional. § 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, os quais promoverão a equidade interestadual (Brasil, 2014d).

No desenho da Administração Pública impresso na Constituição federal de 1988, ressaltamos e identificamos a responsabilidade pelo processo de Planejamento ao Poder Executivo em cada esfera, que contribui com diversos documentos que elucidam que caminho deve trilhar, onde se pretende chegar, dentro de um cronograma de prioridades, sendo que todos devem estar conectados aos seus respectivos orçamentos (Brasil, 2009c, 2014a).

5. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

A fim de contextualizar o leitor quanto aos instrumentos do Planejamento em Saúde, inseridos em cada esfera do poder, descrevemos o quadro abaixo e, em seguida, com as devidas informações:

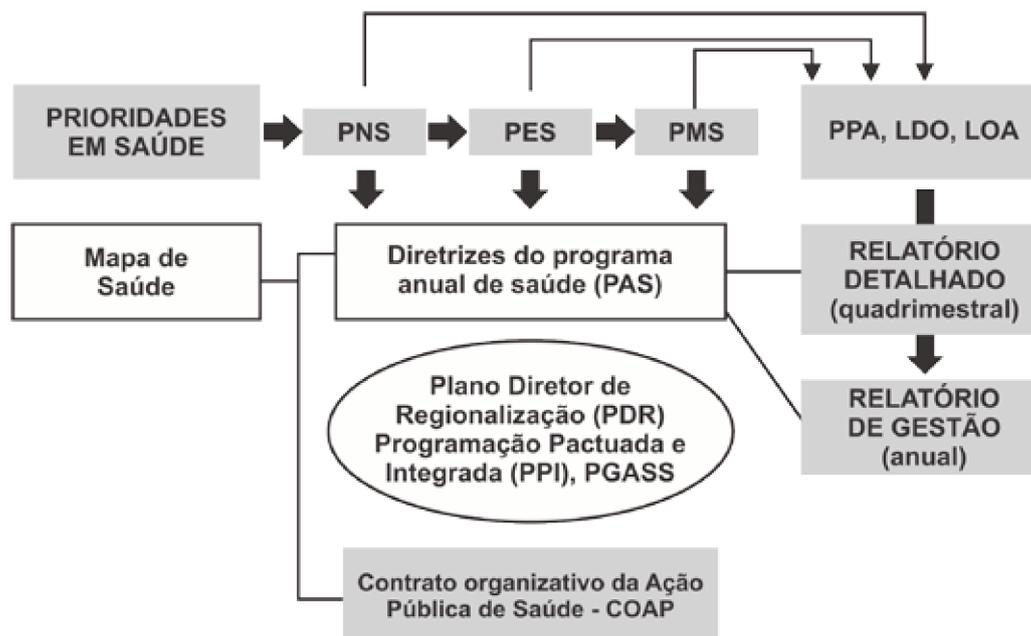


Figura 3: Instrumentos de Planejamento do SUS.
Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

5.1 PLANO DE SAÚDE

O Plano de Saúde, na figura (PNS – Plano Nacional de Saúde, PES – Plano Estadual de Saúde ou PMS – Plano Municipal de Saúde), é a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de governo, sendo elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente. Estes planos, em cada esfera de governo, contemplam as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e aquelas afetas às especificidades de cada território. O seu conteúdo reflete as necessidades de saúde da população e os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde (assistência, vigilância em saúde – epidemiológica, sanitária e ambiental – e assistência farmacêutica). O processo de elaboração do Plano de Saúde compreende um momento de identificação das necessidades de saúde e de análise situacional, e um de definição de diretrizes, objetivos e metas para o período de quatro anos. Nesse último, são consideradas: as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; os determinantes e condicionantes de saúde, onde constam as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores (intersectorialidade); e a gestão em saúde, com as respectivas medidas de seu aperfeiçoamento. Os Planos Estaduais de Saúde explicitam ainda a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais nas CIB (Comissões Intergestores Bipartite) e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (141 art. 19 § 1º).

**Exemplo: Plano Municipal de Saúde de Bastos/SP:
Objetivos, Metas e ações estratégicas no período 2010 – 2013.**

Eixo Gestão

Objetivos

Aperfeiçoar os mecanismos para qualificar a gestão conforme as diretrizes do SUS, visando a reflexão sobre as questões apresentadas em relação ao eixo Gestão e para uma proposta descentralizadora do SUS co-responsabilidade entre seus atores, ao estabelecimento de relações democráticas nos processos decisórios e à inclusão de outras políticas públicas para construção de redes solidárias, a fim de superar os entraves da cultura da centralidade.

Metas 2010 – 2013	Ações estratégicas
Adequação da estrutura física e quadro funcional da rede municipal de saúde.	Reformas, ampliação e aquisição de equipamentos para as Unidades de Saúde que assim o exigirem.
Implementação da Política de Educação Permanente.	Favorecer, por meio da implementação de rodas de educação permanente em serviço, a produção de novos pactos e acordos coletivos de trabalho no sentido de fortalecer as diretrizes do SUS junto ao NEPER do CGR de Tupã.
Ampliar o número de gestores, trabalhadores e usuários qualificados em planejamento participativo, visto como metodologia para construção coletiva da transformação de práticas de organização dos processos de trabalho;	Organizar estratégias pedagógicas por meio da metodologia ativa a capacitação de apoiadores de educação permanente para a área da gestão;
Melhoria da qualidade da gestão e do acesso aos serviços.	<p>Cadastrar os 100% dos usuários SUS para a emissão do cartão nacional de saúde</p> <p>Manter atualizado o cadastramento dos estabelecimentos de saúde</p> <p>Monitorar os sistemas de informações implantados (SIM, SINASC, SISVAN, SIA, SIH, API, etc...)</p> <p>Construir coletivamente instrumentos de avaliação, controle e auditoria.</p> <p>Implementar as ações de Vigilância Sanitária através do Plano de Vigilância Sanitária.</p>

Figura 4: Exemplo do Plano Municipal de Saúde de Bastos/SP – Objetivos, Metas e Ações, 2010.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2010. Pag. 48; Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&cod-TpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

5.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A programação Anual de Saúde é um instrumento interligado com o Plano de Saúde, o relatório detalhado quadrimestral e o Relatório Anual da Gestão. As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano de Saúde são objeto de explicitação de sua Programação Anual de Saúde, onde são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos orçamentários que operacionalizam o Plano naquele ano específico, constituindo uma ferramenta que deve possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e a resolubilidade da sua gestão (Brasil, 2011b).

A Programação Anual de Saúde tem como propósito subsidiar a construção da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e da Lei Orçamentária Anual – LOA, além de ser a base de construção do Relatório Anual de Gestão – RAG. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano subsequente, coincidindo com o período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual (Brasil, 2009).

A legislação que regulamenta a Programação Anual da Saúde (PAS) dá orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, orientações acerca da elaboração, aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão – RAG; dispõem sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas com saúde em três esferas de governo, e revoga dispositivos das leis 8.080/90 e 8.689/93 (Brasil, 2012).

A Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; justificando como as ações irão atingir as metas sendo quantificada com prazos, coerente com os objetivos do plano de saúde para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação; os recursos orçamentários necessários ao seu cumprimento são detalhados por fonte de financiamento e projeções de participação das esferas de governo (Brasil, 2006, 2009c, 2011b).

Na Programação Anual de Saúde é definida a totalidade das ações e serviços de saúde, nos seus componentes de gestão e de atenção à saúde, neste último incluída a promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, conforme disposto na RENASES e RENAME (Brasil, 2009c).

Objetivo 1.2

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

Meta 2014	Ação	Indicador	Área responsável	Parceiros
Ampliar o acesso aos serviços terapêuticos e diagnósticos de média complexidade no município de referência.	Discutir em CIR o aumento de teto se necessário, possibilidade de implementação ou ampliação dos serviços de Média complexidade;	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Ampliar o acesso às internações de média complexidade.	Levantar a necessidade de internações clínicas/ cirúrgicas e pactuar na CIR as referências e mecanismos de regulação junto ao MS e SES	Razão de internação clínico-cirúrgica de média complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Manter 100% atualizados os cadastros das unidades no (CNES) e dados nos Sistemas de Informações instituídos nas três esferas de governo.	Monitorar escalas de serviço e dados CNES, ferramentas de avaliação da produção dos serviços.	Cadastro do CNES e Sistemas de Informações vigentes	Faturamento/SMS	DRS/MS
Ampliar o acesso à alta complexidade.	Garantir de acordo com a população residente a pactuação da PPI e Central de Regulação o acesso ao número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Ampliar o acesso à internação de alta complexidade.	Levantar a necessidade de internações e pactuar na CIR as referências.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente.	Gestão	DRS/SES/MS
Elaboração de Projetos de Cirurgias eletivas, quando disponibilizado pelo MS.	Acompanhar, monitorar e avaliar o cumprimento do teto financeiro pela CIR referente às cirurgias eletivas junto aos prestadores da Região.	Nº de cirurgias programadas X Nº de cirurgias realizadas.	Gestão	DRS/SES/MS
Garantir atendimento as especialidades ofertadas ao CEO/LEPD.	Acompanhar, monitorar e avaliar o cumprimento das metas preconizadas pelo MS.	% de metas atingidas por especialidade.	Coordenação Saúde Bucal	DRS/MS
Origem dos recursos	Por bloco da diretriz 1	Atenção básica/MAC	Assistência	Farmacêutica

Figura 5. Exemplo da Programação Anual de Saúde de Bastos/SP – 2014.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2014 – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&cod-TpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

Cabem aos conselhos Municipais de Saúde a análise e deliberação do PAS, antes do envio da LDO que tem seu prazo estabelecido até 01 de agosto de cada ano (Brasil, 2012).

5.3 Plano Plurianual (PPA); Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 165, atribui ao Poder Executivo, responsabilidade pelo processo de planejamento e orçamento, a partir da iniciativa dos seguintes instrumentos: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. Estes devem estar profundamente conectados e declararem não só a entrega de bens e serviços à sociedade dentro de um cronograma anual, mas prever como e por que se devem entregar determinados bens e serviços à população, e que caminho deve trilhar para chegar onde pretende.

Efetivamente, o processo decisório de estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas e a elaboração do Plano Plurianual (PPA) devem ser enquadrados no *nível estratégico*, pois é o processo que define o que deve ser feito durante o período governamental, sob a coordenação do órgão central de planejamento, sendo fundamental a participação da alta cúpula da organização das administrações central e setoriais para que as decisões sejam legitimadas e tornem-se viáveis nos demais níveis de planejamento (Brasil, 2007a, 2014a).

A elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA) enquadra-se no *nível tático*, porque é delimitado pelo que *deve* ser feito no período governamental, definem *o que pode ser feito* diante das circunstâncias financeiras e conjunturais do exercício (Brasil, 2007b, 2014a).

O *nível operacional* é desempenhado pela execução orçamentária que define o que *será* realizado no exercício financeiro. O órgão central de orçamento deverá efetuar o acompanhamento da execução orçamentária para adoção das medidas corretivas que se fizerem necessárias ao cumprimento das metas estabelecidas. Terá de realimentar o órgão de planejamento com as informações necessárias à reavaliação e, se for o caso, alteração do Plano Plurianual (PPA) (Brasil, 2007b, 2009c, 2014a).

Resumindo

O PPA (Plano Plurianual), estabelece os objetivos e metas do governo para 4 anos, principalmente para despesas de capital. A LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias), por sua vez, prioriza as metas defendidas no PPA ano a ano e orienta a Lei Orçamentária Anual (LOA), a qual também com vigência de um ano, autoriza a aplicação dos recursos públicos nos itens de despesas previamente orçadas.

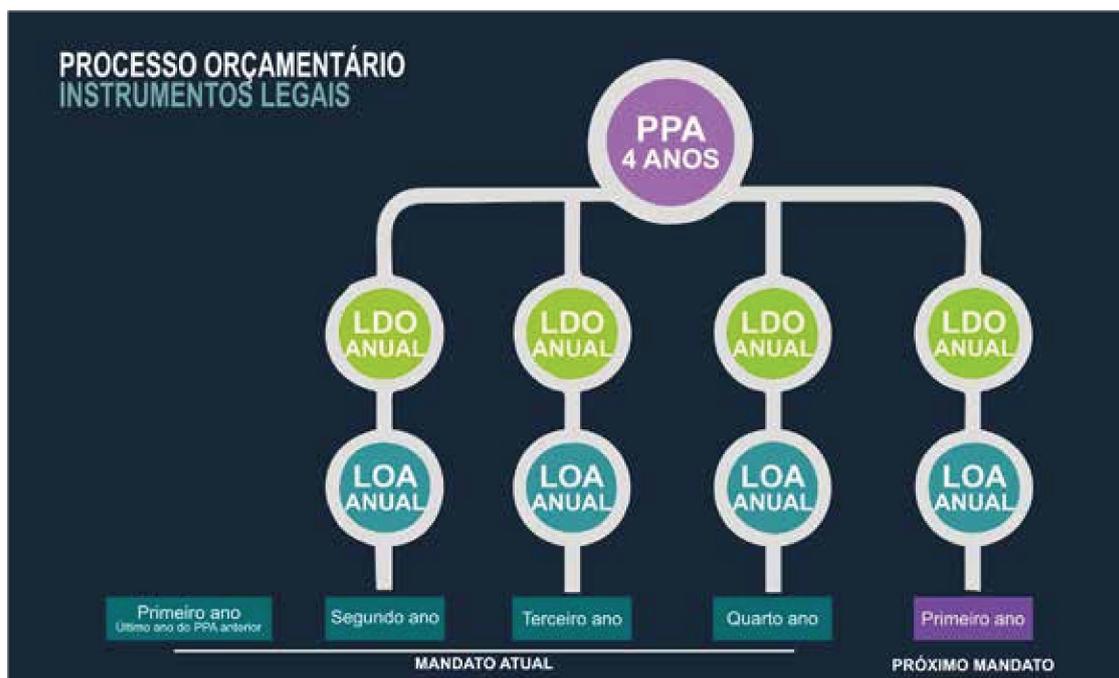


Figura 6: Orçamento Cidadão – Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015
Fonte: Brasil, 2014a.

Município: xxxxx

Descrição dos indicadores / Metas / Custos dos Programa Governamentais

Programa: 0001 – Saúde Integral e com Qualidade a todos os cidadãos

Ação: Construção de Unidade Saúde

Objetivo: Estruturação e fortalecimento da Atenção Básica por meio de estrutura física das unidades de saúde acolhedora e dentro dos padrões de qualidade que facilite a mudança das prática das equipes.

Justificativa: A estrutura física da Unidade de Saúde existente é inadequada, com dimensões fora do padrão previsto na RDC 50, relativo a arquitetura e ambiência em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Órgão Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Figura 7: Exemplo de Instrumento do PPA
Fonte: Adaptado de Mendes, 2008.

Previsão da evolução dos indicadores e metas por exercício				
Metas físicas	Unidade de medida	2015	2016	Total
Construção Unidade de Saúde	%	66	46	100
Indicadores	Unidade de medida	Resultado atual		Resultado Futuro
% Execução da Construção Unidade de Saúde	%	17		100
Metas financeiras	Unidade de medida	2015	2016	Total
Valor total	R\$	326.400,00	81.600,00	408.000,00

Figura 8: Processo Orçamentário: Previsão da evolução dos indicadores e metas por exercício*

Fonte: Adaptado de Mendes, 2008.

Link: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/Gest%C3%A3o-Recursos-SUS.pdf>

*Recurso referente à Portaria nº 340, de 4 de março de 2013, que redefine o componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) porte I.

5.4 RELATÓRIO DETALHADO

O Relatório Detalhado é o instrumento de prestação de contas do gestor do SUS referente a cada quadrimestre, que contém: o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; a 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. O Relatório Detalhado tem modelo o padronizado, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e é de apresentação obrigatória em audiência pública da Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro. Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes) contam com modelo simplificado desse relatório (Brasil, 2007a, 2007b, 2014a).

Exercício:

Acesse o Link abaixo e busque informações sobre o orçamento do seu município

Fonte: Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarMunicipios.action>

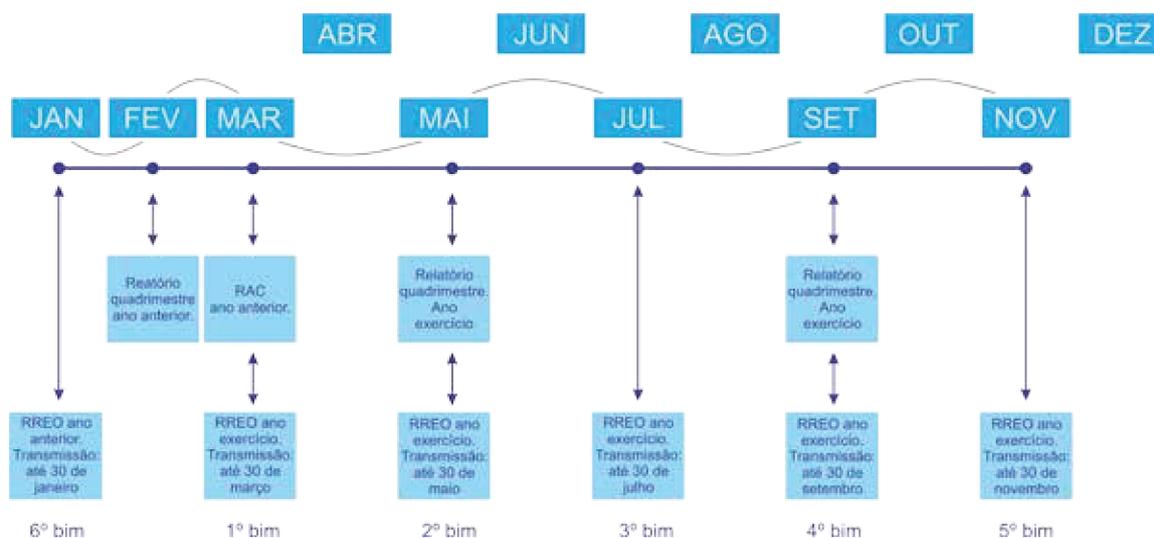


Figura 9: Lei Complementar 141/2012: Linha do Tempo Relatórios
 Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS, 2013.
 Link: www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=169736

5.5 RELATÓRIO DE GESTÃO

O Relatório de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, apurados com base no conjunto de ações, metas e indicadores desta, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Reflete ainda os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), firmado na região de saúde. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Para tanto, o Relatório de Gestão contém: o resultado da apuração dos indicadores da Programação; a análise da execução da programação física, orçamentário-financeira; a análise do cumprimento dos compromissos firmados no COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública); e as recomendações julgadas necessárias e que reorientam o Plano de Saúde e as novas Programações (Brasil, 2011a).

O conteúdo do Relatório de Gestão contempla os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente. O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o envio dos seus Relatórios de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. A elaboração do Relatório de Gestão utiliza o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória, devendo ser alimentado pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios no primeiro trimestre de cada ano. Os respectivos Conselhos de Saúde registrarão no sistema a apreciação do Relatório, cabendo as Comissões Intergestores acompanharem mensalmente, por meio dos relatórios gerenciais do SARGSUS, a situação dos Relatórios de Gestão.

O Relatório de Gestão é instrumento utilizado nas ações de auditoria e controle do sistema, devendo estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de monitoramento, avaliação e auditoria. Ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é importante que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios. Os RG configuram-se insumos privilegiados para essa avaliação que, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve a análise do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as medidas que devem ser implementadas ou reordenadas para que se garanta a transformação da realidade sanitária no território (Brasil, 2007a, 2007b, 2014a).

DIRETRIZ 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.					
OBJETIVO 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.					
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Resultados	Unidade
1	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica	100,00	100,00	%
2	U	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICISAB)	24,00	25,16	%
3	U	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa-família	80,00	67,40	%
4	U	Cobertura populacional estimada pelas equipes básica de saúde bucal	76,75	84,99	%
5	U	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	4,95	4,91	%
6	E	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	3,00	0,16	%
7	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	2,12	2,69	/100
8	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente	8,75	8,46	/100
9	E	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	6,96	5,86	/100
10	E	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	3,97	4,39	/1000
11	E	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado	N/A		%

Análise e considerações da diretriz

Em relação aos resultados dos indicadores alcançados na DIRETRIZ 1, dos 10 indicadores pactuados, 50% tiveram suas metas atingidas, e os demais 50% ficaram bem próximos das metas. Cabendo ao município avaliar os indicadores e propor as estratégias para atenção básica e para a especializada levar a discussão para âmbito regional (CIR).

Figura 10: Exemplo de Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador de Saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Bastos/SP, 2014; Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, Ministério da Saúde, 2015.

Link: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01> – Seguir sequência da atividade.

5.6 PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) é um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e Relação Nacional de Medicamentos Especiais – RENAME. A partir desse processo ocorre a identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde. A elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde deve ocorrer nas regiões de saúde, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite. Assim, a PGASS desenvolvida no âmbito das regiões e integrada em âmbito estadual contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde (Brasil, 2007a, 2009c, 2014b)

Quadro 1. Diferenças entre PGASS e PPI

Pressuposto do Planejamento	Por ente federado	Inclui o âmbito regional
Estimativa de necessidades	Realizada durante a programação	Etapa prévia à programação (etapa 2, modelagem das redes/ações temáticas e estratégicas)
Escopo	Assistência à Saúde	Vigilância à Saúde, Assistência à Saúde e Assistência Farmacêutica
Aberturas programáticas	Tabela de procedimentos	Aberturas programáticas e agrupamentos de procedimentos
Agregação	Flexível, muito desagregada	Possibilidade de flexibilização porém maior agregação
Parâmetros	Baseados na portaria n.1001/2002 ou produção	Novos parâmetros assistenciais com metodologia baseada em cenários e evidência internacionais
Programação dos estabelecimentos de saúde	Programação se esgota no município	Programação físico orçamentária dos estabelecimentos de saúde
Limite financeiro	Contingencia a programação	Resultado final da programação física

Fonte: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/MS, 2014.

Link: http://portalpsi.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Apresentacao_TBL_Politica_Nacional_.pdf

5.7 Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Plano Diretor de Regionalização deve ser elaborado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do Estado.

A regionalização deve ser pensada de forma a garantir que a população tenha suas necessidades de saúde atendidas o mais próximo possível. Dessa forma, no Plano Diretor de Regionalização deve-se procurar racionalizar os fluxos intermunicipais de usuários do SUS, estabelecendo claramente os municípios que receberão os usuários referenciados de outras localidades. O Plano Diretor de Regionalização prevê a divisão dos Estados em Módulos e Microrregiões ou Regiões de Saúde, de acordo com as características de cada Estado (Brasil, 2002).

Assim, por envolver relações e pactos intergestores, a proposta do Plano Diretor de Regionalização apresentada pela Secretaria Estadual de Saúde, deve ser profundamente discutida, nos Colegiados de Gestão Regional, no Conselho Estadual de Saúde e nos Conselhos Municipais de Saúde. Cada gestor deve estar ciente e de acordo com o papel proposto para o seu município no Plano Diretor de Regionalização. Os pactos são necessários também para que os municípios Sede de Módulos e os municípios pólos de Microrregiões possam receber os recursos referentes aos usuários referenciados por outros municípios (Brasil, 2002).

5.8 Pactuação Pactuada e Integrada (PPI):

O processo de elaboração da programação pactuada entre gestores e integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor. O Estado tem a responsabilidade de coordenar todo o processo, iniciando pela definição das diretrizes, parâmetros e demais critérios de distribuição dos recursos. Essas definições deverão ser fruto de negociação com os COSEMS estaduais e aprovados no Conselho Estadual de Saúde. O município elabora sua própria programação, aprovando-a no Conselho Municipal de Saúde. O Estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, garantindo o acesso dos usuários aos diversos níveis de complexidade da atenção e aprova os produtos finais nos Colegiados de Gestão Regional. Todas as pactuações entre os gestores municipais devem manter coerência com os conteúdos do Plano Diretor de Regionalização e demais instrumentos de planejamento (Brasil, 2002).

5.9 Mapa da Saúde

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprio e privado complementar) e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. No processo de planejamento, o Mapa da Saúde é uma ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde. Fornece elementos para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, contribuindo para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde. Dessa forma, o Mapa da Saúde orienta o planejamento integrado dos entes federativos, subsidia o estabelecimento de metas de saúde a serem moni-

toradas pelos gestores e acompanhadas pelos Conselhos de Saúde e permite acompanhar a evolução do acesso da população aos serviços de saúde nas diversas regiões de saúde e os resultados produzidos pelo sistema. As informações que constituem o Mapa da Saúde devem possibilitar aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento das ações e serviços de saúde, contemplando, dentre outros, o georreferenciamento de informações afetas aos seguintes temas: Estrutura do Sistema de Saúde: a. Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais; b. Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos; Redes de atenção à saúde: contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade; Condições socio sanitárias: evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados socioeconômicos e demográficos e sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde; Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos; Recursos financeiros: identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema; Gestão do trabalho e da educação na saúde: identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores; Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em saúde: apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde; Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Índice de Desempenho do SUS – IDSUS.

A construção do Mapa da Saúde é parte integrante do processo de planejamento e inicia com a representação geográfica da situação sanitária, construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional. Nesse momento, é demonstrada a realidade de saúde e indicadas às metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros, expressos no Contrato Organizativo de Ação Pública (Brasil, 2011a).

– O QUE É?

O Mapa da Saúde é uma ferramenta instituída pelo Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Constitui-se de mapas com informações de vários indicadores em saúde, além de descreverem a distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, rede conveniada e pela iniciativa privada no Estado de Goiás.

– QUAL O SEU OBJETIVO?

Seu objetivo é facilitar o acesso à informação em saúde, ao auxiliar na obtenção, leitura, monitoramento e análise das informações. Estas permitem aos gestores do SUS e profissionais de saúde, a avaliação, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde, e à população, o entendimento das ações adotadas.

– QUEM FAZ?

Desenvolvido pela Assessoria de Informação em Saúde em parceria com as demais Superintendências da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

– COMO ACESSAR?

Pelo site: www.saude.go.gov.br/mapadasaude

Como veremos, o mapa é apresentado em 03 (três) cores – padrão de análise, a saber:

VERDE – dados positivos ou satisfatórios;

AMARELO – condição intermediária (pode ser melhorada);

VERMELHO – dados negativos ou insatisfatórios.

– QUAIS AS INFORMAÇÕES DISPONÍVEIS?

São informações como Estrutura do Sistema de Saúde (capacidade instalada / oferta e cobertura); Redes de Atenção Prioritárias; Condições Socio sanitárias (morbidade / mortalidade / dados sócio-econômicos).

Figura 11. O mapa de Saúde do Estado de Goiás, 2015.

Fonte: Governo de Goiás, 2015a.

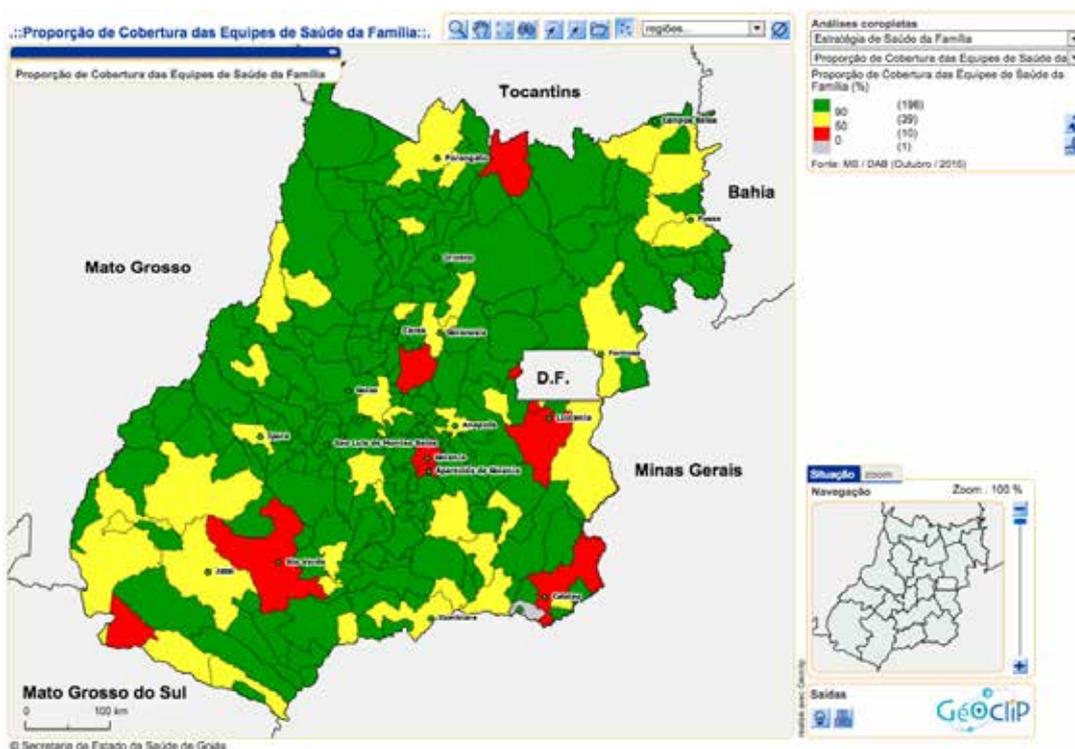


Figura 12: Ilustração do Mapa de Saúde – Cobertura da Atenção Básica – Estado de Goiás, 2015.

Fonte: Governo de Goiás, 2015a.

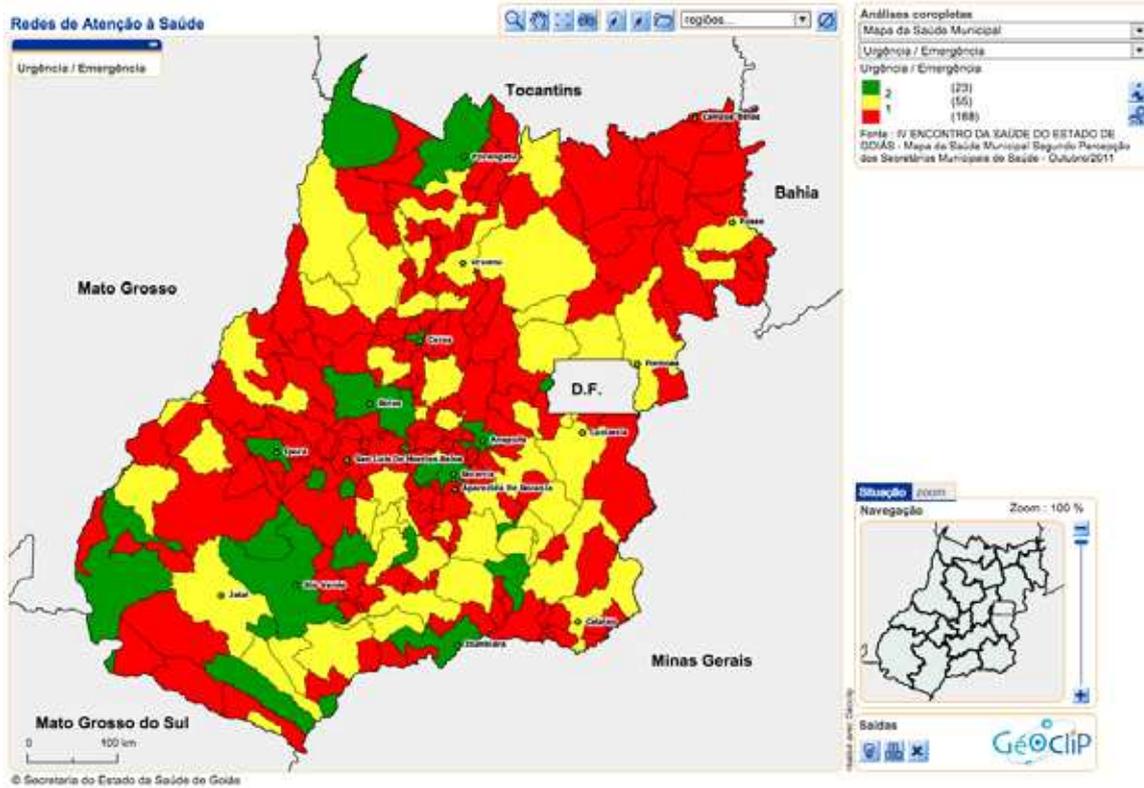


Figura 13: Ilustração do Mapa de Saúde – Rede de Urgência e Emergência – Estado de Goiás, 2015.
 Fonte: Governo de Goiás, 2015b.

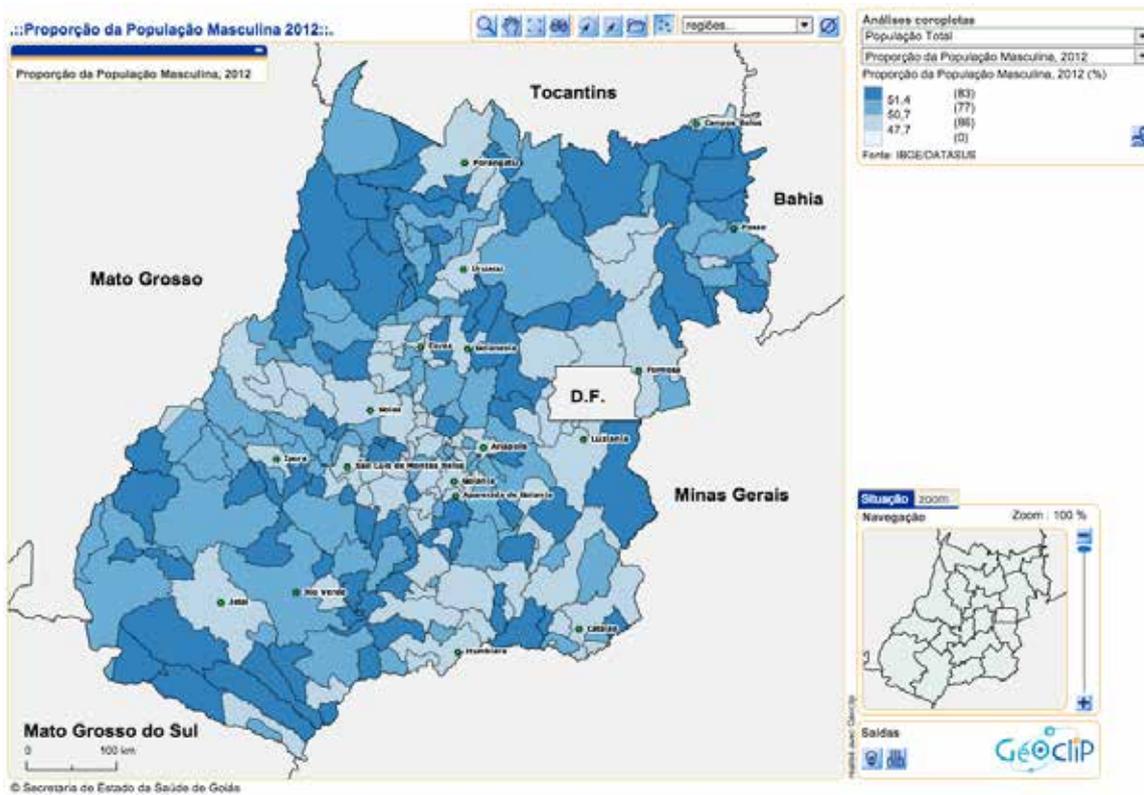


Figura 14. Distribuição da população masculina do estado de Goiás, 2015.
 Fonte: Governo de Goiás, 2015c.

5.10 Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os três entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde da população no território. A garantia da integralidade não pode ser efetiva se assumida por apenas um dos entes. Assim, é preciso que seja organizada por Região de Saúde com Gestão compartilhada e que os entes municipais, juntamente com o Estado e a União, possam conjugar esforços para alcançar objetivos comuns em relação ao cidadão (Brasil, 2011a).

O princípio da solidariedade que informa o Decreto 7.508 de 28/06/2011, definindo o contrato como a partilha da responsabilidade, entre os entes Signatários, pela integralidade da assistência à saúde do cidadão, ante a impossibilidade de um ente em prestar determinadas ações e serviços de saúde ao seu cidadão e o direito em referenciá-lo a outros serviços da Região de Saúde ou entre Regiões de Saúde.

Vale salientar que as adesões a esta forma de contrato ainda estão muito incipientes, onde até esta data (2015), apenas os Estados do Ceará e Mato Grosso do Sul fizeram a adesão ao COAP e, apesar de não termos trabalhos ainda a respeito desse tema, acreditamos, por experiência, que o entrave principal se deve ao compromisso que a gestão assume juridicamente através de um contrato de assistência integral à saúde, sem previsibilidade de um aporte financeiro adicional. Como garantir a assistência se as próprias pactuações entre os municípios (PPI) são caixinhas ainda sem delimitações claras de responsabilidades? Dessa forma, parece-nos importante uma maior reflexão sobre o financiamento e co-responsabilidades interfederativas.

6. EXPERIÊNCIA EM PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Relato de execução de planejamento e programação no município de Várzea Paulista no período de 2006 a 2009.

Em 2006, com a publicação das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, que instituiu a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde em cinco blocos de financiamento (Gestão, Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde), a equipe gestora da Secretaria de Saúde de Várzea Paulista sentiu a necessidade de reorganizar seu Fundo Municipal de Saúde para sua operacionalização de acordo com a nova proposta, integrando o planejamento da Secretaria de Saúde (Plano Municipal de Saúde, Relatórios de Gestão e Programações Anuais, de acordo com a normatização do PlanejaSUS) à execução financeira e à legislação orçamentária (Tofani et al., 2009).

Em 2007, a saúde passava por um momento de reorganização estratégica do SUS, com novo cenário orçamentário e financeiro onde exige dos municípios a vinculação dos componentes com as novas diretrizes operacionais da gestão e elaboração do Plano de Saúde. O relato de Tofani et al. (2009) não se trata de uma elaboração de um planejamento formal, mas a capacidade de elaborar uma estratégia adequada integrando às ações necessárias para atingir sucesso na concretização do planejado. Nesse período, o país passava por uma transição com novas diretrizes governamentais e alguns gestores passaram a elaborar um Plano de Saúde vinculando-o às novas diretrizes, garantindo os recursos orçamentários com adequação e alteração do Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentaria e todos os planos de trabalho com suas respectivas despesas. Os autores estabeleceram o planejamento participativo na dimensão das demandas percebidas pelos atores sociais, com prioridades quantificadas e vinculadas ao custeio das ações e serviços de saúde para execução em 2008.

A reestruturação do Fundo Municipal de Saúde de Várzea Paulista em cinco blocos de financiamento, de acordo com o Pacto pela Saúde, propiciou maior interface entre o planejamento e a gestão estratégica, com previsão, programação, monitoramento e execução orçamentário-financeira compatibilizada com as diretrizes e metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e nas Programações Anuais para 2007 e 2008, instituindo-se compatibilidade e coerência entre os instrumentos do PlanejaSUS e a Legislação Orçamentária Municipal.

A inovação na prática dos autores foi, além de integrar todos os sistemas de organização das receitas do repasse do governo com modelos de financiamento por blocos, organizar o Plano de Saúde e executá-lo, alinhadas às estratégias estabelecidas em programação das ações cotidianas (Tofani et al., 2009).

Relato de experiência em Planejamento na Secretaria do Estado da Bahia a partir da Matriz SWOT.

A análise SWOT é a comumente ferramenta de análise de cenário, utilizada como pilar de sustentação da gestão no planejamento estratégico. A sigla advém do inglês S (Strength- Força), W (Weakness- Fraqueza), O (Opportunity) e T (Threat- Ameaças) (Mascarenhas Ribeiro, 2006).

Esta ferramenta promove um cenário interno e externo, com o objetivo de compilar tudo em uma matriz e assim facilitar a visualização das características que fazer parte da sigla. Ambiente externo da organização é constituído pelas condições fora do seu âmbito de controle que podem afetar seus resultados, positiva ou negativamente. O ambiente interno de cada organização é definido pelo conjunto das suas características internas específicas que condicionam o seu desempenho e podem afetas os seus resultados institucionais. As declarações estratégicas correspondem a um conjunto de definições quanto às características, ao futuro desejado e aos valores que as organizações devem gerar para a sociedade e os cidadãos: Missão, Visão, Valores e Princípios, Objetivos Estratégicos (Bastos, 2015).

A análise SWOT promove um cenário diagnóstico situacional interno e externo, com o objetivo de compilar tudo em uma matriz, facilitando a visualização das características que auxiliam na visualização da análise inicial do planejamento estratégico A análise acontece em dois ambientes: externo e interno. O externo, oportunidades e ameaças, é constituído pelas condições que ficam fora do seu âmbito de controle, mas que podem afetar os resultados de forma positiva ou negativa. O interno, forças e fraquezas, é constituído pelas condições internas à organização que condicionam o seu desempenho e, portanto afetam nos resultados. As oportunidades e as forças devem ser aproveitadas e, as ameaças devem ser evitadas e as fraquezas, reduzidas ou eliminadas (Bastos, 2015).



Figura 15: Uma análise da Matriz SWOT. Fonte: Santana et al., 2009 (adaptado)

Um exemplo de utilização da matriz, não somente para análise situacional, como também na execução, apresenta-se no planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil, para o período 2007/2009. Identificaram-se fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças do ponto da dimensão política com variáveis: negociação, articulação política e liderança. Para isto utilizou-se dos critérios para análise da capacidade de mobilização e articulação intra e interinstitucional, tanto coletiva como individuais, inclusive equipes de trabalho, considerando a governabilidade interna para a realização dos objetivos e missão assumida pelo Estado no setor saúde. No setor técnico verificou-se a capacidade de realização e elaboração de critérios para análise: competência/capacidade de pessoas e equipes de trabalho na operacionalização das suas atividades, manejo das informações e construir conhecimento. No setor administrativo verificou-se a capacidade de organizar, gerir infraestrutura e processos de trabalho, analisando os métodos a organização dos processos de trabalho com o manejo da infraestrutura (recursos materiais, humanos e tecnológicos). Pelo fato da Secretaria Estadual de Saúde de se ter apropriado deste instrumento de análise e gestão, foi possível colher resultados, que apesar dos limites identificados, apontaram para uma legitimação progressiva do processo e um dado crescimento institucional e revelaram a importância da utilização de ferramentas de análise estratégica para nortear processos de planejamento e avaliação em sistemas governamentais de saúde (Santana et al., 2009).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Três fatores são cruciais na gestão, o planejamento, execução e monitoramento.

Todos estes elementos refletem diretamente na relação custo saúde-doença. Desta forma, a economia passa a ser o ponto crítico na saúde e, portanto, na prestação de serviços ao mesmo. A baixa resolutividade pode onerar exponencialmente os gastos em saúde, principalmente quando se pensa no progressivo aumento de sobrevida humana. Se não há racionalidade no controle efetivo dos resultados, como tornar o sistema de saúde sustentável? Fazer política pública não é mesmo que operar dentro da informalidade ou da subjetividade qualquer. Planejamento, execução e monitoramento, mesmo vinculados a uma estrutura sistematizada de eficácia e eficiência, estarão à mercê da sociedade dominante que sempre disputam por exercer influência ou poder sobre o futuro, até mesmo sobre a saúde dos alheios. E tendo estes pontos em mente, deve-se pensar no estratégico, buscando acima de tudo, a concretização dos objetivos, transformar objetivos em resultados. Estes resultados devem ser monitorados e medidos, mas não com foco no presente momento, mas alinhadas as diretrizes estratégicas do futuro. Assim, o presente ou a ação tática de curto prazo busca a maximização de resultados com desdobramentos e impactos em médio prazo, aumentando a chance de se obter um futuro desejado. Devido as grandes oscilações e instabilidades no cenário macro político-econômico mundial, as instituições devem cada vez mais buscar equilíbrio na sua gestão para não comprometer sua própria sustentabilidade. Para isto, sua forma de gestão deve estar cada vez mais alicerçada nos critérios racionais e objetivos, tendo os dados e processos integrados, permitindo definir e permitir maior controle.

REFERÊNCIAS

- Ansoff HI, Declerk RP, Hayes, RL. Do planejamento estratégico à administração estratégica. São Paulo: Atlas, 1987.
- Bastos M. Análise SWOT (matriz): conceito e aplicação [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://www.portal-administracao.com/2014/01/analise-swot-conceito-e-aplicacao.html>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde SUS: instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 48p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Organização e funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 52p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_funcionamento_sistema_planejamento_sus.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (uma construção coletiva): estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a. 114p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-3.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva. Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b. 72p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v4.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 46p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS (uma construção coletiva): instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 56p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-2.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva): orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento. Programação anual de saúde e relatório anual de gestão: estrutura e conteúdo. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c. 32p. Disponível em: <http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/PlanejaSUS-2.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2009d. 318p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planeja-sus_livro_1a6.pdf.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2011a jun 29. Disponível em: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_25%20_201_decreto_7508.pdf.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual técnico de orçamento MTO. Versão 2012. Brasília: Ministério do Planejamento; 2011b. 167p. Disponí-

- vel em: http://www.orcamentofederal.gov.br/informacoes-orcamentarias/manual-tecnico/MTO_2012.pdf.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2015 mar 18]. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis números 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 2012 jan 16. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e Atenção no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/10/Diretrizes-do-Apoio-Integrado-MS-SGEP-jan-2014.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Orientações para o processo de Pactuação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual – PLOA 2015. Brasília: Ministério do Planejamento; 2014a. 60p. Disponível em: http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamento-cidadao/ofat/revista_ofat_2014_web.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão Interfederativa do SUS: 1ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_tomo2.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_passo.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão Interfederativa do SUS: 1ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014d. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_tomo2.pdf.
- Buarque SC. Construindo o desenvolvimento local sustentável. 4. ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
- Castells M, Borja J. As Cidades como Atores Políticos. *Novos Estudos*. São Paulo: CEBRAP, n.45; 1996.
- Chorny AH, Kuschnir R, Taveira M. Planejamento e programação em saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP, 2008.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966; 44(3 Suppl): 166-206.
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260(12): 1743-8.
- Giovanella, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. *Cad. Saúde Pública*, vol.6, no.2, 1990.
- Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 7(1):26, 1991.
- Góes PSA, Figueiredo N, Rocha RACP. Aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de serviços e programas em saúde bucal. In: Pereira AC, organizador. *Tratado de saúde coletiva em odontologia*. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p.395-412.

- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015a maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/redes_atencao_saude/Atencao_Basica/gc5200mrl.htm.
- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015b maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/redes_atencao_saude/Urgencia_Emergencia/gc5200mrl.htm.
- Governo de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde [acesso 2015c maio 10]. Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/templates/superintendencia/splangeo/mapa_saude/mapa-saude.php.
- Kurcgant P, Ciampone MHT, Melleiro MM. O planejamento nas organizações de saúde: análise da visão sistêmica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(3): 351-5.
- Leite ML, Cherobim APMS, Silva HF, Bufrem LS. Orçamento empresarial: levantamento da produção científica no período de 1995 a 2006. *Rev Cont Fin USP.* 2008; 19(47): 56-72.
- Ludgério E. Planejamento estratégico situacional – PES [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABdnsAH/planejamento-estrategico-situacional-pes>.
- Mascarenhas Ribeiro MP. Planejamento por cenários: uma ferramenta para a era do conhecimento. *Revista Intersaberes* | vol.1 n. 1, p. 186 – 202 | jan-jun 2006 | ISSN 1809-7286. Disponível em: <http://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/93/67>.
- Matus C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: Rivera FJU, organizador. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; 1989. p.105-49.
- Matus C. *Estratégias políticas: chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. São Paulo: FUNDAP; 1996. 294p.
- Porter, ME, Teisberg EO. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- Prefeitura Municipal de Bastos, Secretaria Municipal de Saúde: *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Bastos, 2009.
- Prieto VC, de Carvalho MM, Fischmann AA. Análise comparativa de modelos de alinhamento estratégico. *Produção.* 2009;19(2):317-331.
- Rivera FJU. *Agir comunicativo e planejamento social – uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. 213p.
- Rivera FJU. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad Saúde Pública.* 1996; 12(3): 357-72.
- Rivera FJU, Artmann E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2012. 162p.
- Sá C. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações. *Ciê Saúde Colet.* 2001; 6(1): 151-64.
- Santana SF, de Jesus WLA, Assis MMA. *Planejamento em saúde na Secretaria Do Estado da Bahia (SE-SAB), Brasil: uma análise de SWOT*. http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion28/02-09_sesion28_1-pt.pdf. Acessado em 28 de agosto de 2015.
- Santos L, Andrade LOM. *SUS: O espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=35&codTpRel=01>
- Tancredi FB, Lopez Barrios SR, Ferreira JHG. *Planejamento em saúde*. São Paulo: FSP/USP; 1998. 61p.
- Tofani LFN, Carpintero MCC, Bruno VR. O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista. *Saúde Soc.* 2009; 18(Supl 1): 22-5.

- Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2008 May [cited 2015 Aug 28] ; 11(Suppl 1): 98-112. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500010>.
- Zucchi P, Del Nero C, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde Soc.* 2000; 9(1/2): 127-50.