

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE - CPS
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE - CRS**

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

**SÃO PAULO
JULHO DE 2017**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO DO SUS	4
PRINCIPAIS INSTRUMENTOS, ESTRUTURAS BÁSICAS E FERRAMENTAS DE APOIO PARA O PLANEJAMENTO NO SETOR SAÚDE.....	8
AGENDA DOS GESTORES	19
PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO.....	23
REFERÊNCIA	30
ANEXO I	

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

O planejamento do setor saúde está inserido no **planejamento governamental** consubstanciado no Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) de cada esfera de governo.

O **planejamento do SUS** é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver seus processos de planejamento de maneira integrada, levando em conta as prioridades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

Idealmente os ciclos de planejamento deveriam ocorrer da seguinte forma:

- Municípios, Estados e União devem **compatibilizar os instrumentos de planejamento da saúde** (Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e 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) – a **viabilidade e sustentabilidade para o desenvolvimento das diretrizes e objetivos do Plano de Saúde dependem da alocação de recursos no PPA/LOA;**
- O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em consonância com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Conferência Nacional de Saúde (CNS), definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais;

- A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conferências Estaduais de Saúde (CES) e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, buscando articulação de processos e instrumentos;
- Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), Conferências Municipais de Saúde (CMS), das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal;
- De acordo com as normas vigentes, os planos municipais de saúde são a base para o **planejamento das regiões de saúde**, que por sua vez, deveriam orientar o planejamento em âmbito estadual. Da mesma forma, a esfera federal deveria levar em consideração o escopo das atividades planejadas pelas unidades da Federação.
- Na busca da equidade regional, o Estado e os Municípios nas regiões de saúde definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. As metas e ações regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional. (§ 2º, art. 30, LC nº 141, de 2012).

No entanto, a lógica ascendente e o planejamento integrado ainda são desafios para os gestores do SUS. União e Estados geram políticas e diretrizes em seu ciclo de planejamento, ou seja, explicitam onde alocarão recursos prioritariamente. O ciclo de planejamento municipal, que se inicia dois anos após o da União e estados, deve considerar estas proposições, harmonizadas no planejamento regional. Este deveria retroalimentar o futuro ciclo da União e estados.

O planejamento no SUS deve fundamentar-se numa dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar **estratégias de regionalização**.

PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO NO SUS

Os sete princípios gerais que orientam os gestores das três esferas da Federação na organização de suas atividades de planejamento estão contidos em especial no **Decreto nº 7.508, de 2011**, na **Lei Complementar Federal nº 141, de 2012**, e especialmente na **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS.

Esses princípios estão apresentados a seguir.

Princípios do planejamento no SUS
Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado ao planejamento governamental geral
Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite
Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado
Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

Fonte: Ministério da Saúde, 2016

Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua

O processo de planejamento em saúde é de responsabilidade de cada ente federado, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada, ascendente, integrada e solidária, entre as três esferas de governo.

A elaboração dos instrumentos de planejamento estabelecidos pela legislação vigente são obrigações condicionantes, inclusive, para o recebimento das transferências intergovernamentais.

O planejamento regular permite dotar os gestores de informações que possibilitem uma ação mais efetiva sobre a realidade sanitária e redirecionar as ações com vistas a melhorar as condições de saúde da população.

Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado ao planejamento governamental geral

O ciclo de elaboração do planejamento no SUS, em cada esfera, precisa estar harmonizado com a lógica do PPA/LDO/LOA definidos a partir do art. 165 da Constituição Federal, para permitir que haja sincronia das políticas de saúde com as demais políticas governamentais.

A Lei Complementar Federal nº 141, de 2012, em seu art. 36, § 2º, estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão encaminhar para aprovação do respectivo conselho de saúde a Programação Anual de Saúde, que operacionaliza as diretrizes do Plano de Saúde (quadrienal) antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente ao Legislativo, de forma a garantir que o setor saúde esteja contemplado nas regras dispostas na LDO aplicáveis ao ano subsequente.

O detalhamento de diretrizes nos Planos e Programações Anuais de Saúde em geral é maior do que o conjunto de Programas/ Ações do PPA/LDO, o que é aceitável para não engessar a execução orçamentária. Esta questão será abordada no Capítulo seguinte.

A linha do tempo dos diversos instrumentos de planejamento será abordada mais adiante.

Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT)

As instâncias permanentes de negociação e pactuação intergestores são os espaços federativos de construção de consenso político e de desenvolvimento de

estratégias intergovernamentais que possibilitam a ação conjunta e articulada do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Assim, no processo de planejamento no SUS, devem ser consideradas como essenciais as pactuações realizadas nas CIR, CIB e CIT, uma vez que esses espaços têm a competência de discutir e pactuar de forma permanente a gestão compartilhada do SUS.

Importante destacar que as deliberações destas instâncias passaram a ter caráter irrevogável unilateralmente desde a publicação da Lei Federal nº 12.466/2011 de 24/08/2011, que acrescentou Arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as Comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências, enfatizando a necessidade de consenso.

Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS.

Para que as ações de planejamento possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem comprometer-se a realizar o monitoramento e a avaliação, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias empregadas para tal.

Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado

O planejamento ascendente e integrado na saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. A integração do planejamento no SUS requer também que as três esferas da Federação orientem suas atividades de maneira funcional entre si para que haja complementaridade e organicidade, evitando a duplicação de ações e projetos em algumas áreas e a ausência em outras. O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deveria ser conduzido de maneira ascendente e pactuada desde os Municípios até a esfera federal. No entanto, a lógica ascendente do planejamento é um desafio ainda não alcançado pelos gestores do SUS, conforme já mencionado.

O Decreto nº 7.508, de 2011, enfatizou o planejamento regional em saúde como a base para a definição das metas e indicadores do planejamento de saúde, visando conferir maior complementaridade entre as ações a serem desenvolvidas de forma integrada pelas três esferas de governo, estabelecendo-se metas regionais, que fazem interface com as metas municipais, estaduais e federais. Este decreto previa o Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP, que não se efetivou.

Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde

Dentre outras normativas, a Lei Complementar nº 141, de 2012, dá ênfase à transparência e à visibilidade da gestão da saúde, demandando que os gestores da saúde deem ampla divulgação, inclusive por meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e acesso da sociedade. Nesse sentido, sugere que a transparência e a visibilidade sejam asseguradas no processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão, devendo ser submetidos à apreciação do respectivo Conselho de Saúde e realização de audiências públicas nas respectivas Casas legislativas (Câmaras Municipais, Assembleias Legislativas Estaduais e Câmara Federal).

Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

O planejamento no SUS parte da análise das necessidades de saúde da população de um determinado território, compreendendo indicadores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos, sanitários, sócio econômicos, de infraestrutura urbana, culturais, entre outros. São esses indicadores, aliados à escuta dos Conselhos de Saúde e de outras representações da sociedade que permitem compreender as necessidades de saúde e que, portanto, deverão ser tomados como ponto de partida para a tomada de decisões pelos gestores. São essas necessidades que orientam a construção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores que irão compor os diversos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação.

PRINCIPAIS INSTRUMENTOS, ESTRUTURAS BÁSICAS E FERRAMENTAS DE APOIO PARA O PLANEJAMENTO NO SETOR SAÚDE

Ressalte-se a necessária compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e Relatório de Gestão/ Relatórios Quadrimestrais, “SISPACTO”) 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.

Cada município, Estado e União dispõem de sistemas de informação próprios para elaboração e monitoramento do PPA/LDO/LOA, de acordo com suas legislações próprias, em geral administrados pelas respectivas instâncias de planejamento orçamentário.

Há disponível pelo Ministério da Saúde ferramentas de apoio à construção do instrumental de planejamento, como o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e o “SISPACTO”, que objetivam favorecer a prática gestora, a transparência e a visibilidade, sendo mecanismos facilitadores do direito à informação, participação e controle por instituições, usuários e cidadãos.

Instrumentos de planejamento de governo e de saúde

Os instrumentos para o planejamento governamental são:

- Plano Plurianual - PPA
- Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO
- Lei Orçamentária Anual - LOA

O Plano Plurianual (PPA) é o instrumento de planejamento de médio prazo (quatro anos) instituído pela Constituição Federal para as três esferas de governo: União, Estado e Municípios. Cada um dos entes elabora, individualmente, o seu próprio PPA.

O PPA contém diretrizes, objetivos, programas, produtos e metas da administração pública para um período de quatro anos, contados a partir do segundo ano do mandato do governante eleito. No **PPA**, os Programas elencado pelo governo são detalhados até o nível dos produtos, ambos com indicadores e metas ao final de 4 anos. O PPA tem a mesma periodicidade e nível estratégico do **Plano de Saúde**.

As leis orçamentárias (LDO e LOA) são elaboradas por iniciativa do Poder Executivo, que as encaminha ao Poder Legislativo. Após apreciá-las e emendá-las, o Poder Legislativo aprova e então entram em vigor.

- A **LDO** (corresponde temporalmente à Programação Anual de Saúde - **PAS**, que operacionaliza a cada ano as diretrizes do Plano de Saúde de cada ente federado) fixa as metas e prioridades da administração pública estadual, para cada ano, e orienta a elaboração da LOA.
- Já a **LOA** prevê a receita e fixa as despesas para o cumprimento das metas anuais definidas na LDO.

Lembre-se que tanto o PPA quanto a LDO/LOA devem ser submetidos à **Consulta Pública** com ampla divulgação.

O detalhamento de diretrizes nos Planos e Programações Anuais de Saúde em geral é maior do que o conjunto de Programas/ Ações do PPA/LDO, o que é aceitável para não engessar a execução orçamentária.

É recomendável que haja coerência entre os instrumentos e que os Conselhos de Saúde possam ter ferramentas que possibilitem identificar determinados programas/ diretrizes por **fonte de financiamento** (federal, estadual, próprio, outros).

Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento, monitoramento e avaliação da execução de indicadores anuais dos Programas do PPA, metas físicas e orçamentárias das ações das LDO/LOA e PAS/Relatórios Quadrimestrais/ Relatório Anual de Gestão.

De acordo com nova proposta de repasse financeiro por parte do governo federal, haverá apenas 2 modalidades de repasse a partir de 2018: **Custeio e Capital**. À medida que essa mudança se concretize, ressalta-se a importância de manter no Plano Plurianual (PPA) dos entes federados programas específicos para áreas como a de **Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Atenção Especializada, Investimentos**, outros, garantido dessa forma o aporte de recursos financeiros para financiar todas as áreas essenciais e estratégicas para o desenvolvimento do SUS. A **Assistência Farmacêutica/ Insumos** pode ser um Programa ou Ação nos Programas Atenção Básica e Atenção Especializada.

Os **instrumentos para o planejamento no SUS** são:

- Plano de Saúde - PS;
- Programações Anuais de Saúde - PAS;
- Relatório de Gestão (Anual e Quadrimestrais) – RAG/ RDQA.

Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Plano de Saúde

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, que deve estar harmonizado ao PPA.

O Plano deve ser elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano ao primeiro ano da gestão subsequente.

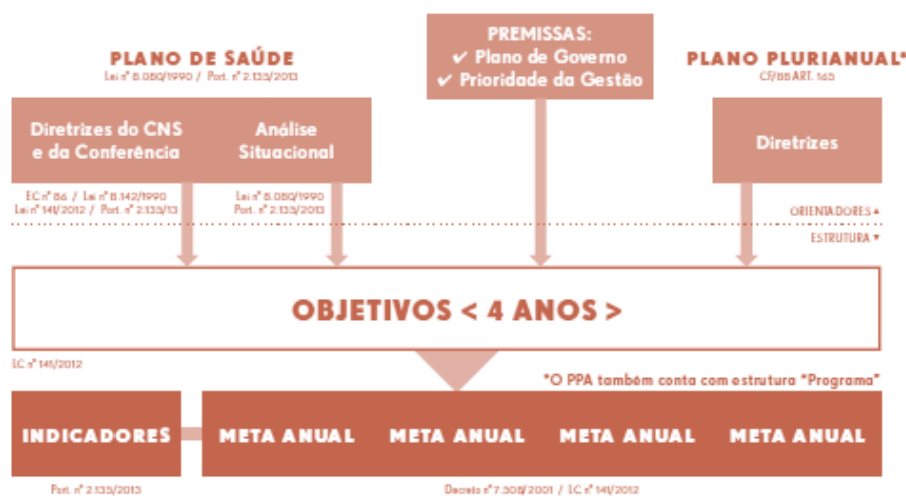
O plano de saúde consolida as políticas e compromissos de saúde numa determinada esfera de governo. Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

Lembrar que a LCF nº 141/12 prevê que:

- Nos casos dos planos federal, estaduais e municipais serão asseguradas a participação popular e a realização de **audiências públicas** durante o processo de sua discussão e elaboração, de acordo com as especificidades de cada território.

É importante incluir no Plano de Saúde uma breve análise da compatibilidade do planejamento de médio prazo contido no Plano Plurianual (PPA), tendo em vista harmonizar o planejamento setorial com o planejamento geral. Da mesma forma, o Plano de Saúde deve conter uma seção que apresente a incorporação das recomendações da Conferência de Saúde. A figura a seguir ilustra a relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual.

Planejamento governamental: relação entre o Plano de Saúde e o Plano Plurianual



Fonte: Ministério da Saúde.

O Plano de Saúde, assim como os demais instrumentos de planejamento no SUS, é submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde e deve ser disponibilizado para acesso público no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em <www.saude.gov.br/sargsus>.

Cabe destacar que o § 2º art. 36 da Lei nº 8.080, de 1990, estabelece a vedação da transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

A elaboração do PS inicia-se por um amplo processo de diagnóstico:

- Estrutura do Sistema de Saúde
 - ✓ Capacidade instalada pública e privada
 - ✓ Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde
 - ✓ Redes de Atenção à Saúde (Materno-infantil, RUE, Psicossocial, outras)
 - ✓ Condições Sociossanitárias
 - ✓ Indicadores de nascimento, morbidade, mortalidade
 - ✓ Dados socioeconômicos e demográficos
 - ✓ Grupos populacionais de maior vulnerabilidade
 - ✓ Determinantes sociais de saúde
 - ✓ Fluxos de acesso
- Recursos financeiros (investimento e custeio)
- Gestão do trabalho e da Educação na Saúde

- Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde
- Gestão (processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social)

A este diagnóstico somam-se as diretrizes estabelecidas pelos Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e diretrizes de governo. A partir destas análises constroem-se diretrizes, objetivos, metas e indicadores, cujos conceitos estão descritos a seguir.

Conceitos:

- **Diretrizes** — Expressam as escolhas estratégicas e prioritárias definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde, das políticas de saúde, de governo e das Conferências de Saúde.
- **Objetivos** — Expressam os resultados desejados para o alcance das diretrizes estabelecidas.
- **Metas** — Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance.
- **Indicadores** — Dimensionam e permitem a avaliação do alcance dos objetivos.

O **Anexo I** apresenta Roteiro para Elaboração do Plano Municipal de Saúde sugerido pelo COSEMS SP e já apresentado e divulgado aos seus apoiadores e representantes regionais.

O Plano Estadual de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, elaborado para o período de 2016 a 2019, encontra-se disponível no seguinte endereço eletrônico:

<<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2016-2019-sessp>>.

Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Na Programação Anual de Saúde são detalhadas as ações e serviços; as metas anuais; os indicadores; e a previsão de alocação de recursos orçamentários no ano.

A Programação Anual de Saúde é elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincide com o período definido para o exercício orçamentário (um ano calendário) e a Lei Orçamentária Anual, sendo o subsídio para elaboração desta última. Sendo o Plano de Saúde a base para elaboração do componente do setor saúde no Plano Plurianual, a Programação Anual de Saúde deve ter como base tais instrumentos, mantendo correlação instrumental entre o disposto no Plano Nacional de Saúde/ Plano Plurianual e as ações orçamentárias previstas na Lei Orçamentária Anual.

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

Para Estados e Municípios, a Programação Anual de Saúde deverá dispor da seguinte estrutura:

- 1- Período de vigência do Plano de Saúde;
- 2- Identificação (esfera de gestão correspondente);
- 3- Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- 4- Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- 5- Metas do Plano de Saúde anualizadas/revisadas;

6-Ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde.

7-Previsão de alocação de recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

Em razão de não ser executora direta de ações e serviços de saúde, a União dispõe de estrutura diferente da PAS em relação aos demais entes federados, sendo que para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.

A seguir encontra-se disponível o modelo das Programações Anuais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A Programação Anual contém as metas e ações para cada Eixo, Diretriz e Objetivo do Plano Estadual de Saúde, e contempla os seguintes campos:

DIRETRIZ: diretrizes do Plano de Saúde

OBJETIVO 1	Objetivos do Plano de Saúde					
META QUADRIENAL DO OBJETIVO 1	Metas do Plano de Saúde					
INDICADOR DO OBJETIVO 1	Indicadores do Plano de Saúde					
META ANUAL DO OBJETIVO 1	Meta anual para o alcance da meta quadrienal do Plano de Saúde					
PROGRAMAÇÃO 2018		PRAZO DE EXECUÇÃO		ORIGEM DOS RECURSOS	ÁREA RESPONSÁVEL	PARCERIAS
AÇÕES	PRODUTO	INÍCIO	TÉRMINO			

CAMPOS	DESCRIÇÃO
Ações	Ações que serão realizadas no ano a fim de atingir a meta estabelecida.
Produto	Produtos esperados de cada ação.
Prazo de execução - Data início	Mês para o início de cada ação.
Prazo de execução - Data término	Mês previsto para o término de cada ação.

Origem dos recursos	Número do Programa e Ação do PPA.
Áreas Responsáveis	Área responsável pela execução das ações programadas.
Parcerias	Instituições parceiras, quando couber.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão (RAG) é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações Anuais seguintes. Por essas características, é o instrumento em que os gestores do SUS prestam contas das ações do Plano de Saúde operacionalizadas pela PAS, que foram executadas no ano anterior.

O conteúdo do Relatório de Gestão contempla:

- 1- Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;
- 2- Demografia e dados de morbimortalidade;
- 3- Rede física de saúde;
- 4- Recursos Humanos;
- 5- As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
- 6- As metas da PAS previstas e executadas;
- 7- A análise da execução orçamentária;
- 8- As auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e
- 9- As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

O Relatório de Gestão é elaborado pelos gestores do SUS e enviado para análise do respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à

execução orçamentária, pelo Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS).

No SARGSUS os conselhos de saúde emitem o parecer conclusivo da análise desse instrumento. Quando finalizado, é disponibilizado para acesso público no sistema.

Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

O Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pelo gestor do SUS até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública, na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação.

O RDQA observa o modelo padronizado previsto pelo CNS e contém, no mínimo, as seguintes informações:

- 1- Identificação (esfera de gestão correspondente), atendendo ao art. 4º da Lei 8.142, de 1990;
- 2- Montante e fonte dos recursos aplicados no período (fonte: SIOPS);
- 3- Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- 4- 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;
- 5- Análise e considerações gerais.

O RDQA poderá ser construído no SARGSUS, onde há um módulo desenvolvido especialmente para auxiliar os gestores nessa tarefa.

Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO

O monitoramento das metas e indicadores estabelecidos no Plano de Saúde deverá ser realizado periodicamente por meio dos relatórios oficiais definidos

como obrigatórios pela legislação do SUS. O Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) foi instituído pela Constituição de 1988, em seu artigo 165, §3º, e regulamentado pela LC nº 101, de 2000, com o objetivo de permitir o monitoramento das metas fiscais e da aplicação de recursos pelas três esferas de governo.

O RREO deve ser publicado em até 30 dias após o encerramento de cada bimestre e deve conter, entre seus diversos demonstrativos, conforme determinação da Lei Complementar nº 101, de 2000, art. 52 e 53.









Para cumprimento das atribuições do agente público e comunidade, quanto aos instrumentos componentes do ciclo de planejamento, deve-se observar os prazos legais que compõem agendas que se correlacionam.

Os dados do RREO devem ser idênticos ao informado no SIOPS, que constitui a fonte de informações para demonstração dos recursos aplicados em saúde, lembrando que a LCF 141/2012 determinou o que são despesas com saúde bem como regulamentou os percentuais a serem aplicados pelos três entes federados.

AGENDA DOS GESTORES










O planejamento e a execução de ações e serviços de saúde envolvem a utilização de instrumentos e ferramentas definidos legalmente, cujo cumprimento dos prazos é exigido, justamente por conformar um ciclo de atividades interdependentes e por garantir a transparência do processo. O quadro a seguir apresenta uma síntese dos compromissos dos gestores em todo o ciclo de planejamento.

Agenda do gestor segundo o ciclo de planejamento no SUS

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 A cada 4 anos ou em período inferior extraordinariamente	Conferência de Saúde	Convocação pelo Poder Executivo local ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.	§ 1º art. 1 Lei nº 8.142, de 1990
 1º ano de gestão	Plano de Saúde	Elaboração do Plano de Saúde com base nas Diretrizes dispostas pelo Conselho de Saúde.	§ 8º art. 15 Lei nº 8.080, de 1990
 Antes da entrega da LDO do exercício correspondente	PAS	Encaminhamento da PAS do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para Aprovação.	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012
 Até 15 de abril	LDO	Entrega do Projeto de LDO na Casa Legislativa	Art. 165 CF 1988
 Anual	Sispacto	Registro da pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.	§ 2º art. 4 Resolução nº 5, de 2013
 30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao exercício (ano) anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
 30 de janeiro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao 6º bimestre do exercício anterior.	Art. 39 LC nº 141, de 2012, Cap. I Dec. nº 7.827, de 2012, Port. nº 53, de 2013
 Fevereiro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente, referente ao Quadrimestre anterior.	§ 5º art. 36 LC nº 141, de 2012







continua ▼

continuação

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 30 de março	Relatório de Gestão	Envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde	Art. 36 LC n° 141, de 2012
 30 de março	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior,	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Maio	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior	§ 5° art. 36 LC n° 141, de 2012
 30 de maio	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior,	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Junho	LDO	Encerramento do período da Sessão Legislativa, Sanção do Chefe do Poder Executivo da LDO,	§ 2° Art. 35, art. 165 CF 1988
 30 de julho	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior,	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 30 de agosto do ano de gestão	PPA	Entrega do Projeto de Lei do PPA na Casa Legislativa correspondente,	Art. 165 CF 1988
 30 de agosto	LOA	Entrega do Projeto de LOA na Casa Legislativa,	Art. 165 CF 1988
 Setembro	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior	Apresentação do RDQA no Conselho de Saúde e na Casa Legislativa da esfera correspondente referente ao Quadrimestre anterior,	§ 5° Art. 36 LC n° 141, de 2012

continua ▼

conclusão

PRAZO	INSTRUMENTO	PROVIDÊNCIAS	MARCO LEGAL
 30 de setembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 30 de novembro	SIOPS	Preenchimento do Sistema referente ao bimestre anterior.	Art. 39 LC n° 141, de 2012, Cap. I Dec. n° 7.827, de 2012, Port. n° 53, de 2013
 Dezembro do ano de gestão	PPA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo do PPA.	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988
 Dezembro	LOA	Encerramento da Sessão Legislativa. Sanção do Chefe do Poder Executivo da LOA.	§ 2º art. 35, art. 165 CF 1988
 Permanente	Educação Permanente	Oferecer qualificação, na forma de educação permanente, para atuar na formulação de estratégias e assegurar o efetivo controle social da execução da política de saúde, especialmente os representantes de usuários e trabalhadores de saúde.	Art. 44 Lei n° 141, de 2012
 Anual	Metodologia	Cabe ao Ministério da Saúde definir e publicar, utilizando metodologia pactuada, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município, para custeio das ações e serviços públicos de saúde.	§ 1º art. 17 LC n° 141, de 2012

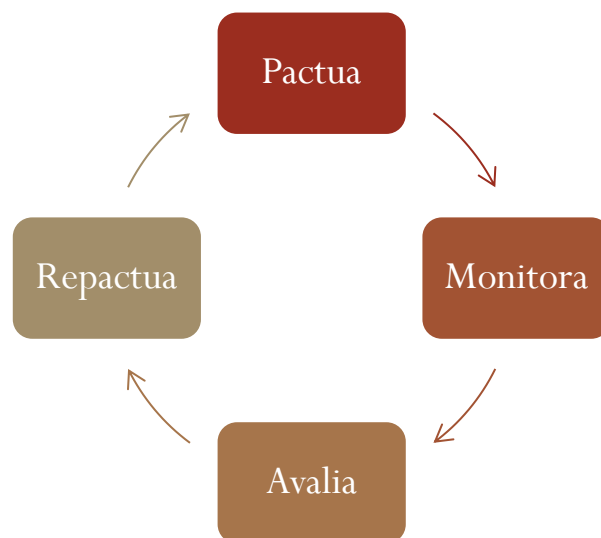
Fonte: Ministério da Saúde, 2016.

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

O Planejamento Regional Integrado expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, dialogando, assim, com a regionalização da atenção à saúde.

O planejamento no âmbito regional implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas comissões intergestores, o que demanda o fortalecimento da governança exercida na Região de Saúde por meio da CIR. Tal fato traz a necessidade de uma organização que permita o acompanhamento permanente desse processo, uma vez que a CIR é a instância da pactuação, do monitoramento e da avaliação do planejamento regional integrado, como pode ser visto na figura a seguir.

Figura 1: Padrão de planejamento regional - papel da Comissão Intergestores Regional (CIR) e o processo de planejamento.



Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2016

A coordenação do processo do planejamento regional integrado é da gestão estadual e envolve todos os Municípios que compõem a Região de Saúde, o Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, e a União, por meio do Ministério da Saúde. O planejamento da saúde realizado no âmbito da Região de Saúde, denominado planejamento regional integrado, vem contribuir para o alinhamento do conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a Região de Saúde, com destaque para os planos de saúde e respectivas programações anuais.

Passos para o desenvolvimento do planejamento regional integrado

O planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde.

No intuito de facilitar a realização do processo de planejamento regional integrado, apresenta-se uma proposta de modelagem para facilitar aos gestores sua execução.

1- Definição das regiões de saúde

O conceito de planejamento regional integrado não é novidade para os gestores. A Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 96 – já enfatizava a necessidade de concentrar esforços num território com gestão compartilhada entre estados e municípios. As normativas vigentes, Decreto nº 7.508, de 2011, e Resolução CIT nº 1, de 2011, definem a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No estado de São Paulo as regiões de saúde foram definidas em 2007, à luz do Pacto pela Saúde, Portarias MS/GM 399 e 699/2006, sofrendo pequenos ajustes, sendo atualmente 63 regiões às quais correspondem as Comissões Intergestores regionais – CIR – que são as instâncias de pactuação e deliberação entre os gestores do território (a configuração atual da regionalização no estado está presente na Deliberação CIB São Paulo nº 11 de 2016).

No estado de São Paulo também foram definidas as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS (Deliberação CIB SP nº 36 de 2011) que correspondem a um arranjo com vistas a maior complexidade assistencial, cuja governança são os CG Redes, constituídos por representação dos gestores municipais indicados nas CIR e representantes da gestão estadual (DRS compreendidos na RRAS).

Outro ponto a ser considerado no planejamento regional refere-se ao mínimo de ações e serviços que deve conter a região a ser instituída. Mesmo sem quantificar os serviços ofertados, a definição das regiões de saúde deve observar a oferta de:

- Atenção primária;
- Urgência e emergência;
- Atenção psicossocial;
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- Vigilância à saúde.

2- Elaboração da análise situacional de saúde

A partir da definição das regiões de saúde é possível iniciar o processo de análise da situação de saúde da população da região. Esse processo visa reunir e sistematizar as informações de saúde da região para servir de base para a análise situacional. Essa etapa possibilita visualizar os diferentes recursos disponíveis no território, tais como a distribuição dos recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, possibilitando a identificação dos vazios assistenciais existentes. O objetivo dessa etapa é identificar as necessidades de saúde da população e contribuir para o estabelecimento das metas de saúde da região. As necessidades são balizadas pelos parâmetros assistenciais vigentes (Portaria MS GM 1.631/2015).

Esse diagnóstico/ “Mapa da Saúde” é base para o planejamento regional integrado, e, portanto, para cada ente federado.

3- Definição das responsabilidades sanitárias e das intervenções a partir da pactuação interfederativa de indicadores

A definição das intervenções a partir da pactuação interfederativa de indicadores (SISPACTO) retrata os compromissos dos entes federados na organização compartilhada das ações e serviços de saúde no âmbito da região de saúde, com foco em resultados sanitários.

A Resolução CIT nº 8 de 2016 dispõem sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para os anos de 2017-2021, estabelecendo um rol de 23 indicadores, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde. Dos 23 indicadores elencados no rol, 20 são de pactuação universal, ou seja, são de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados.

Cabe destacar que os indicadores que compõem este rol devem ser considerados nos instrumentos de planejamento de cada ente.

Rol de indicadores para pactuação interfederativa – 2017 a 2021

Indicadores
1 - Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.
2- Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (Indicador específico).
3- Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
4- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade.
5- Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
6- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.

- | |
|---|
| 7- Número de casos autóctones de malária (Indicador específico) |
| 8 - Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. |
| 9- Número de casos novos de aids em menores de 5 anos. |
| 10- Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez. |
| 11- Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária. |
| 12- Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. |
| 13- Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar. |
| 14- Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos. |
| 15- Taxa de mortalidade infantil. |
| 16- Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência. |
| 17- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica. |
| 18- Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF). |
| 19- Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. |
| 20- Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano. |
| 21- Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (Indicador específico). |
| 22- Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue. |
| 23- Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho. |

A CIR é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as intervenções definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas.

Fluxo da pactuação municipal e regionais dos indicadores do SISPACTO



O registro das metas é realizado em um sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde, sendo as pactuações disponibilizadas por meio de relatórios do sistema para a população. <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/>>.

Os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde. A prestação de contas da pactuação anual ocorre no Relatório de Gestão (RAG).

A definição de metas para os indicadores deverá ser finalizada até o dia 31 de março de cada ano.

4- Definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras

Com a definição das intervenções prioritárias, que contempla a definição das responsabilidades e metas de cada ente federado na execução das ações e serviços na região de saúde, é necessária a definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras, o que se torna extremamente difícil pela insuficiência de ferramentas de programação de ações e serviços de saúde, sistemas de custo, entre outros.

A Resolução CIT 10/2016 estabelece que:

Art2º. Os entes federados que planejarem a construção física de novos serviços de saúde no SUS que demandem aporte financeiro por parte dos demais entes federados deverão acordar previamente, o total de recursos orçamentário- financeiros de capital e custeio, de modo que seja devidamente pactuado para o pleno funcionamento.

§! 1ºPara os efeitos desta Portaria as obras para a construção e/ou ampliação física dos serviços de saúde, de que trata esta Resolução, deverão constar no planejamento regional integrado, conforme estabelecido no art. 30 da Lei Complementar nº141/2012.

Todos os novos serviços ou ampliação, independentemente da fonte de financiamento, incluídas as emendas parlamentares, precisam ser avaliados, justificados e planejados no âmbito regional.

O planejamento da saúde realizado no âmbito da Região de Saúde, denominado planejamento regional integrado, vem contribuir para o alinhamento do conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a Região de Saúde, com destaque para os planos de saúde e respectivas programações anuais, conforme ilustrado na figura abaixo.

Ciclo geral de planejamento regional integrado no SUS



Referência

Brasil. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa; v. 4).