

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

JANETE MADALENA ARCARI

**QUALIDADE DA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO NOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE 29 – VALES E MONTANHAS**

Porto Alegre

Junho/2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

JANETE MADALENA ARCARI

**QUALIDADE DA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO NOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE 29 – VALES E MONTANHAS**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP)/Escola de Administração/UFRGS- Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

Tutor de orientação à distância: Juliane Meira Winckler

Porto Alegre

Junho/2015

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser presença constante em minha vida, autor de meu destino, meu guia e protetor e também por colocar tantas pessoas maravilhosas para fazerem parte da minha caminhada.

Aos meus pais que juntos me ensinaram os verdadeiros valores da vida.

A minha família, em especial meu marido e meus filhos pela paciência e compreensão durante este período, em que por vezes não estive presente em função dos trabalhos de aula.

Ao Sr. Álvaro, Administrador/Planejamento 16ª Coordenadoria Regional da Saúde/RS pela compreensão, disponibilidade e presteza sempre que solicitado, grata pela colaboração.

À Professora Rita, pelo apoio, pela compreensão, pela amizade, nos esperando sempre com sorriso no rosto em dias de temerosas provas.

À tutora Juliane que muito colaborou para a realização deste trabalho, pela compreensão e dedicação desprendida.

Ao Professor Orientador Guilherme pelo auxílio na conclusão deste trabalho.

Agradeço aos professores do curso que muito contribuíram para minha formação e, por enfim, agradeço a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a conclusão de mais esta etapa.

RESUMO

O Sistema de Planejamento do SUS apresenta três instrumentos fundamentais: o Plano de saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), que são ferramentas para consolidação do planejamento do SUS e sua institucionalização. O objetivo deste estudo foi descrever como os municípios pertencentes à Região de Saúde 29 da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (Lajeado, RS) se apropriam dos instrumentos propostos para auxiliar a gestão municipal e também o quanto avançaram na questão da institucionalização do planejamento no SUS. Foram analisados os dados registrados no RAG e a qualidade de sua elaboração, bem como, verificação do percentual aplicado com serviços de saúde no ano de 2013. Os dados revelaram a deficiência na existência de instrumentos básicos de planejamento financeiro em saúde destes municípios: apenas 14 dos 27 municípios possuem PS; 26 municípios não possuem ou não informaram PAS (sem anexo no RAG). Houve uma variação de 7,79% de recursos aplicados em saúde em relação ao município com menor e o de maior aplicação de recursos em saúde.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Sistema de informação em saúde. Financiamento. Gestão em saúde.

LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GT	Grupo de Trabalho
GT PMA	Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
PAB	Piso da Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PDR	Plano Diretor Regional

PES	Plano Estadual de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQA	Relatório Detalhado Referente ao Quadrimestre Anterior
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SI	Sem Informação
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Ambulatorial
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFA	Teto Financeiro de Assistência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	JUSTIFICATIVA	12
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1	PLANEJAMENTO EM SAÚDE	15
3.2	PLANEJAMENTO FINANCEIRO NAS REGIÕES DE SAÚDE	19
3.3	RECURSOS FINANCEIROS	22
4	OBJETIVOS	25
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6.1	PLANEJAMENTO FINANCEIRO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 29ª REGIÃO DE SAÚDE-16ªCRS	31
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS - Caracterização populacional da 29ª Região de Saúde	43

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o intuito de garantir o direito social de saúde à população. A Constituição Federal de 1988, no Art.196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A promoção desse direito se dá no desenvolvimento de políticas públicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos. Para tanto, o SUS tem como princípios o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação do indivíduo, assegurando a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, sejam eles de atenção básica, média ou alta complexidade (BRASIL, 1988).

O SUS deve ser compreendido como uma política viva, que passa por mudanças e aperfeiçoamentos constantes, refletindo o dinamismo da sociedade de modo permanente para consolidar seus três princípios básicos, ou seja: a universalidade, a equidade e a integralidade das ações e serviços em saúde (BRASIL, 2009). Seguindo a orientação desses princípios, ao surgimento de novos agravos à saúde, são necessários novos cuidados seguidos de tecnologias que devem ser incorporadas para a melhoria e a resolutividade dos serviços. Para atender à universalidade, à equidade e à integralidade da atenção à saúde, faz-se necessário estabelecer uma previsão fiscal e econômica no planejamento em saúde para assegurar os direitos à saúde dos usuários. Isso, pois o SUS apresenta dificuldades no financiamento.

Em vista disso, o planejamento constitui elemento importante tanto para âmbitos governamentais quanto não governamentais. O planejamento assume papel essencial no direcionamento de ações para que se atinjam os resultados pretendidos. Consiste não apenas em intenções para tomada de decisão, mas sim, na formalização de procedimentos para atingir os resultados. Segundo Matus (1996, p.14), “negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”.

Na falta de planejamento em saúde, os serviços tendem a desarticulação e falta de organização provocada pelas diversas visões e entendimentos intuitivos

dos prestadores de serviço sobre as diretrizes estabelecidas pela política do setor saúde (VIEIRA, 2009).

Ainda de acordo com Matus (1996), o planejamento consiste no direcionamento das ações com visão clara de onde se quer chegar.

A gestão em saúde engloba o planejamento e definições de ações em saúde a serem desenvolvidas, dentre elas: vigilância em saúde, controle, regulação e avaliação constante das ações desenvolvidas. Ela também é responsável pelo gerenciamento dos recursos recebidos (BRASIL, 2005). O gerenciamento dos recursos contribui para o planejamento e, conseqüentemente, possibilita alcançar melhores resultados nos diversos processos abrangidos pelo Sistema de Saúde.

Os recursos utilizados para implementar as ações e serviços de saúde pelos Estados, Municípios e Distrito Federal são financiados com recursos da União, próprios ou de outras fontes suplementares, em conformidade com o Orçamento da Seguridade Social. Os repasses financeiros são realizados por meio de transferências regulares e automáticas, através de repasse fundo a fundo e pagamentos diretos a prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados conforme portarias. As transferências fundo a fundo se caracterizam pelo repasse direto dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estadual e Municipal de Saúde, observando sempre as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas de incentivos do Ministério da Saúde bem como os respectivos tetos financeiros (BRASIL, 2003).

Esse trabalho volta-se para o gerenciamento de recursos dos municípios pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e à Região de Saúde Vales e Montanhas do estado do Rio Grande Sul, buscando observar o uso dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação no SUS e sua relação com os gastos com saúde nos 27 municípios que compõem esta Região de Saúde, sendo: Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Brescia, Pouso

Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro e Vespasiano Corrêa.

A 16ª CRS, localizada em Lajeado, no Vale do Rio Taquari, é composta por 37 (trinta e sete) municípios, composta por duas Regiões de Saúde, a 29 (Vales e Montanhas) e a 30 (Vale do Sol), com uma população total 329.572 habitantes e uma área geográfica de 8.769,85 Km². Os municípios desta CRS apresentam características de médio e pequeno porte. O maior município apresenta aproximadamente 71.111 habitantes e os quatorze menores não alcançam 3.000 habitantes (GUIA DOS MUNICÍPIOS..., 2013; TRE-RS, 2013) (Anexo 1).

Buscou-se através desta pesquisa a avaliação do uso do Sistema de Apoio a elaboração do Relatório Anual de Gestão do SUS (SARGSUS) pelos municípios. O RAG é um importante instrumento de gestão por apresentar indicadores de desempenho dos municípios e registros de planejamento - dentre eles, o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o percentual gasto com saúde nos municípios. O SARGSUS está à disposição dos gestores municipais como ferramenta que auxilia no monitoramento, bem como a construção do Relatório de Gestão (RDQA) (SGEP/MS, 2012).

Desde a criação do SUS, há a preocupação com o planejamento, bem como diversas tentativas de sua institucionalização como componente prioritário de gestão. A definição de instrumentos de gestão como Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde obtidos por meio de planejamento e inspirados em abordagens teórico-metodológico de planejamento em saúde, evidencia o cuidado e a relevância dados a esta questão que é fundamental para a descentralização do planejamento e orçamento em saúde. Mesmo com todas as tensões existentes, a descentralização proporciona um maior grau de consistência das prioridades locais e possibilidade de elaboração do planejamento ascendente no SUS (VIEIRA, 2009).

Considerando este contexto, pretende-se apontar aspectos referentes ao planejamento dos municípios pertencentes à Região de Saúde Vales e Montanhas (16ª CRS) no que tange à efetivação e à apropriação do planejamento orçamentário em saúde.

Os instrumentos de gestão do SUS, colocados de forma prioritária para avanços e qualificação dos serviços e ações de saúde em consonância entre as três esferas de governo, possibilitam obter maior eficiência na alocação de recursos e nos serviços de saúde (LUZ et al., 2013).

Assim sendo, o presente trabalho visa responder à seguinte questão:
Como os municípios pertencentes à Região de Saúde 29 (Vales e Montanhas), da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde no Rio Grande do Sul se apropriam do SARG-SUS para o processo de planejamento em saúde?

De modo a responder essa questão, o trabalho está organizado da seguinte maneira: no capítulo 2 é apresentada a justificativa; no capítulo 3 O planejamento do financiamento da saúde no SUS, nas Regiões de Saúde, recursos financeiros, seguido dos objetivos e da metodologia utilizada para encontrar essa resposta.

2. JUSTIFICATIVA

Pretende-se com este trabalho observar o quanto os municípios da 16ª CRS do Rio Grande do Sul estão apropriando-se dos Sistemas de Informação como ferramentas de gestão do SUS para planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas em seu território. Tendo em vista que, com frequência, novas tecnologias são lançadas no mundo para atender necessidades dos seres humanos, o setor saúde também se utiliza delas para sua organização no intuito de obter informações necessárias para auxiliar no planejamento, gestão, organização e avaliação de processos de trabalho. A finalidade é perceber se os municípios estão utilizando este conhecimento como ferramenta de planejamento orçamentário da saúde com objetivos e metas para suprir as necessidades de saúde da população.

No momento da elaboração do PMS, PAS e Relatório Anual de Gestão (RAG), as informações de caráter socioeconômico, demográfico, epidemiológico, ou de produção de serviços em saúde servem de base para que, a partir de um diagnóstico, elaborem-se estratégias de planejamento. Os instrumentos de planejamento são espaços importantes para a gestão do SUS, com propósito de requisitos para fins de repasse de recurso, controle e auditoria. Ressaltando que são instrumentos submetidos à avaliação e aprovação no Conselho de Saúde, devendo estes ser claros e precisos para o entendimento de todos os envolvidos no processo, entre eles, os usuários representantes do controle social (LUZ et al., 2013).

A escolha pelo RAG como instrumento de busca das informações para este trabalho é por tratar-se de um instrumento privilegiado que apresenta os resultados alcançados, contemplando aspectos qualitativos e quantitativos, além de comprovar a aplicação de recursos financeiros repassados aos Fundos de saúde sendo inseparável do Plano Municipal de saúde e suas programações. Trata-se de um instrumento que demonstra todo acompanhamento financeiro e avalia o

desempenho dos serviços que integram os instrumentos de gestão, o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), no processo de planejamento do SUS (LUZ et al., 2013).

Mesmo o SUS apresentando um amplo arcabouço jurídico-legal, Anunciação e Souza declaram que, ainda no cotidiano das práticas de saúde, existem exercícios que não consideram as determinações contidas nas leis que estabelece e fundamenta o planejamento em saúde (ALMEIDA e SOUZA, 2013).

Nesse contexto o estudo se faz necessário para avaliar a conformidade dos municípios nas determinações contidas na estrutura da legislação do SUS, tendo por objetivo, fazer uma análise situacional com relação ao uso e preenchimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação no SUS, além de verificar o percentual aplicado em serviços de saúde nos municípios pertencentes à Região de Saúde nº 29.

Por fim, buscou-se através dos resultados obtidos deste estudo, evidências quanto à necessidade de realizar pesquisas que discutam o aprimoramento das práticas de gestão bem como o uso e a aplicabilidade dos instrumentos disponíveis, de modo que os gestores, em parceria com a universidade e com demais atores, possam contribuir juntos para melhorar o desenvolvimento e a efetivação do sistema de planejamento em saúde.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com a criação do SUS, o Estado assumiu maior compromisso com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, principalmente com reconhecimento de que, o acesso aos serviços e ações, deveriam se dar de forma universal e igualitária. Ainda por meio da CF1985, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, para que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, então, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). O PPA deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas com saúde (VIEIRA, 2009).

A NOAS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela NOAS 01/2002. Por essa norma operacional, o PDR constitui instrumento de Regionalização, organização dos territórios e módulos assistenciais, conforme redes hierarquizadas de serviços, estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referências intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. Com a organização da regionalização em saúde, agrega-se mais um componente ao planejamento no SUS. Instituiu-se um processo de construção de agendas o qual foi elaborado de forma descendente, com eixos prioritários de intervenção, vistos como de natureza nacional, pactuados entre os representantes das três esferas de governo. Elas constituiriam o início do planejamento, que resultaria na elaboração dos planos de saúde e no orçamento anual. Os planos seriam elaborados de forma ascendente no qual constariam os indicadores e a metas prioritárias de saúde. Para sistematizar e divulgar as informações sobre resultados e probidade dos gestores, foi instituído o Relatório de Gestão como

instrumento de prestação de contas, que estabelece a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos (VIEIRA, 2009).

Considerando o Decreto nº 7.508/2011, que traz obrigatoriedade dos entes públicos o planejamento da saúde de forma ascendente e integrada, compatibilizando as necessidades de saúde e a disponibilidade de recursos financeiros tendo como objetivo a regionalização da saúde. O Mapa da Saúde, estruturado a partir das necessidades dos municípios, é instrumento de apoio ao planejamento, podendo auxiliar na análise da situação de saúde e na identificação das necessidades de saúde (SGEP/MS, 2011).

O Relatório Detalhado Quadrimestral é instrumento de prestação de contas do gestor e também de monitoramento e acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS). A Lei Complementar 141/2012 em seu Art. 36, no parágrafo 4º e 5º especifica o envio do Relatório Detalhado Referente ao Quadrimestre Anterior (RDQA) (SGEP/MS, 2012).

O RDQA deve detalhar: dados de identificação; montante de recursos financeiros aplicados no período; relatório de execução financeira por blocos de financiamento; auditorias realizadas ou em execução no período; relatório do tipo de estabelecimento, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES); relatório dos dados e produção de serviços através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e relatório de indicadores de saúde da população (SGEP/MS, 2012).

Visto que, trata-se de um instrumento capaz de gerenciar desde o planejamento, monitoramento, avaliação e prestação de contas, entende-se que seja de suma importância seu preenchimento adequado, sendo que este poderá somar-se aos demais municípios de sua região de saúde (SGEP/MS, 2012).

3.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Desde a instituição do SUS, os gestores têm dedicado esforços na discussão do planejamento, sendo este um componente fundamental da gestão, e feito tentativas para institucionalizá-lo. Contudo, mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a institucionalização do planejamento no SUS. Entende-se que para este processo se instituir de forma efetiva, mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação da gestão do SUS devem ser implantados em todas as unidades federadas. Além disso, é necessário estabelecer a responsabilização do gestor no âmbito do SUS, buscando o fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. No âmbito da gestão, as práticas de monitoramento e avaliação constituem-se num conhecedor de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, devendo ser previstas decisões em meio a situações diversas e impostas por circunstâncias adversas, sendo necessária a instituição de mecanismos e estratégias que potencializem e consolidem a sua institucionalização (VIEIRA, 2009).

No SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação alicerçada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e de critérios a partir dos espaços de participação e de controle social (CARVALHO *et al.*, 2012).

O processo de gestão do SUS tem no Pacto pela Saúde a estratégia para um novo pacto federativo, articulado em três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (CARVALHO *et al.*, 2012). A recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508/2011, que regulamenta aspectos da Lei 8080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS. Enfatiza as necessidades de saúde da população, o que implica o exercício paralelo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde. Promove o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento das estratégias de governança e a qualificação dos processos de pacto tripartite. Entre essas responsabilidades estão as metas e o monitoramento do

desempenho. Estes aspectos inerentes ao processo de implantação do novo pacto federativo precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e as práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão (CARVALHO *et. al.*, 2012).

A institucionalização do SUS, como política de âmbito federativo e intergovernamental, gradativamente vem estabelecendo as novas competências e responsabilidades governamentais, que envolve constantes negociações e pactos Inter gestores; em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais, que influenciam cotidianamente no exercício da gestão setorial, muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais (CARVALHO *et al.*, 2012).

Segundo Miranda (2012), a gestão governamental em saúde é constituída a partir de uma práxis social de âmbito institucional, possuindo uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo). Seus modos de ser estão conformados em uma dimensão política, a partir da intermediação de interesses distintos, das interações de poder e de margens de autonomia; constituídos a partir de ações intencionais ou comportamentos regrados de atores sociais; expressos em distintas racionalidades da ação; desencadeados a partir de decisões (formais e informais); e consubstanciados em combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias nos sistemas institucionalizados de ação. Tratam-se dos desafios de se institucionalizar processos pautados pela concepção de atender as especificidades da gestão nas suas diferentes esferas, tendo como base um amplo processo de cooperação (CARVALHO *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde regulamentou a participação do Conselho de Saúde no planejamento das políticas de saúde por meio das Portarias nº. 3.176/2008 e nº. 3.332/2006, referentes ao sistema de planejamento do SUS, em que são definidos como instrumentos básicos o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão, que têm relação direta com os componentes orçamentários da saúde.

Essa conexão é reforçada pela Lei Complementar nº. 101/2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade e a transparência na gestão fiscal, de maneira que há um arcabouço jurídico específico voltado para as atribuições previstas na Lei nº. 8.142/1990 importante componente do SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS), um sistema informatizado facilitador da elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão. É possível acessar informações referentes a todo sistema de planejamento e desenvolvimento da gestão do SUS através deste sistema de informações (VIEIRA e CALVO, 2011).

Os componentes básicos do sistema de planejamento do SUS determina que eles sejam necessariamente aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. Entre esses componentes inclui-se apreciação da Programação Anual de Saúde, que faz parte do Plano Municipal de Saúde (VIEIRA e CALVO, 2011).

A Lei Complementar nº 141/2012, em seu Art. 30, em seus Parágrafos 1º e 2º, traz:

Art. 30. 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 inter-regional.

O setor de saúde passa por um momento peculiar. O SUS possui um modelo de organização de serviços que traz como característica marcante a valorização no nível municipal. A disponibilização de instrumentos de avaliação e controle deve ser adequadamente alimentada para que se possa ter dados fidedignos da real situação de saúde do município bem como da região de saúde que este pertence, sendo que estes dados estão disponíveis para consulta no site do Ministério da Saúde. Os instrumentos básicos do PlanejaSUS são: a) Plano de

Saúde (PS); b) Programação Anual de Saúde (PAS); e c) Relatório Anual de Gestão (RAG) O PS é o instrumento que, aborda a análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS (VIEIRA, 2009).

Quando a questão tange ao planejamento no ambiente intra-organizacional (Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde), de modo geral, o tema fica restrito a um setor específico responsável pelo planejamento. No entanto, critica-se o pouco envolvimento dos profissionais de saúde, que não fazem parte do processo em sua definição. Nesse contexto, observamos o distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. O planejamento acaba sendo feito para o cumprimento de exigência legal, em vez de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos (VIEIRA, 2009).

3.2 PLANEJAMENTO FINANCEIRO NAS REGIÕES DE SAÚDE

A regionalização do Sistema Único de Saúde foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização. Com vistas a operacionalizar o processo de regionalização, o Ministério define a região de saúde como “base territorial de planejamento da atenção à saúde”. Essa região, que não coincide necessariamente com a divisão administrativa do Estado, deve ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Essa concepção de região é bem mais flexível do que as

tradicionalmente adotadas nos programas de regionalização. Requer-se, pois, que a delimitação dessas regiões leve em consideração as redes de articulação regional já existentes e que se aproveitem os elementos capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade regional. Identidade esta que deve provir das experiências pessoais dos indivíduos no território de limitado pela região e que representem sua consciência regional (GIL, *et. Al.* 2006).

De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, entende-se por Região de Saúde:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado 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 (BRASIL, 2011, *online*).

Seguindo esse ordenamento, A SES/RS tendo como Missão a promoção e a ampliação do acesso a saúde com qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada, contemplando as demandas e necessidades sociais da região e a resolutividade em tempo e respostas, tendo como finalidade contribuir para a produção da autonomia e cidadania, com aumento da qualidade de vida através do incremento do cuidado em redes regionais sempre amparados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O Rio Grande do Sul está dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012), distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde.

O gestor estadual é responsável pela coordenação e pelo desenvolvimento de estratégias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no Rio Grande do Sul. Dessa forma, contribuir com o processo de institucionalização do planejamento para a tomada de decisão dos gestores é condição necessária para avançar no acompanhamento sistemático das políticas de saúde, tendo em vista a melhoria, a eficiência e a qualidade das ações desenvolvidas no setor saúde. Em nível organizacional/administrativo da Secretaria da Saúde do Estado existem grupos de trabalho que foram organizados para construir uma discussão integrada sobre os processos de planejamento, monitoramento e de avaliação da gestão. Esses grupos são denominados de

Grupos de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Existe um GT em nível central da SES (GT PMA da Gestão) e 19 GTs Regionais, um em cada Coordenadoria de Saúde. Além disso, os departamentos já contam, ou estão em fase de organização das equipes de monitoramento e avaliação, com responsáveis pelo acompanhamento de políticas específicas e de processos internos de cada setor. Com a publicação do Decreto presidencial nº 7.508/2011, o desafio que se coloca para o gestor estadual é o de incentivar a produção de ações participativas de planejamento nas Regiões de Saúde. Nesse sentido, faz-se necessário induzir estratégias de gestão que viabilizem a construção de novas metodologias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS no cenário estadual. Também é importante qualificar os instrumentos de gestão do SUS, pois além de exigência legal, trata-se de ferramentas que contribuem com os processos de gestão, controle, avaliação e auditoria do SUS. (PES-RS, 2013).

O planejamento consiste em definir prioridades e alocar recursos para a realização das atividades previamente estabelecidas. Com a assinatura do Pacto pela Saúde, os municípios acordaram instrumentos de planejamento, entre eles Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Estes instrumentos de gestão devem estar diretamente relacionados ao Plano Plurianual - PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO bem como Lei Orçamentária Anual - LOA. Período de abrangência de quatro anos explicitando através de análise detalhada as intenções e os resultados esperados com diretrizes, objetivos e metas (BRASIL, 2009).

O Sistema de Planejamento do SUS refere-se ao desenvolvimento da gestão participativa através da análise periódica dos seus instrumentos básicos da gestão pelo controle social, sendo: apreciação do Plano Municipal de Saúde - permite a participação do conselho na aprovação do documento que define a programação das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS, por um período de quatro anos; apreciação do Plano Plurianual (PPA) - permite a fiscalização da aplicação de recursos conforme a transparência determinada pela Lei Complementar nº. 101/2000; apreciação e aprovação do Relatório Anual de

Gestão - permite o controle da prestação de contas referente às ações pactuadas desenvolvidas no ano anterior e apreciação da Lei de Diretrizes Orçamentárias - permite o controle da programação orçamentária prevista para o período (VIEIRA e CARVALHO, 2011).

Durante os anos de 2011 e 2012, o Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da Secretaria Estadual da Saúde coordenou o processo de estruturação das Regiões de Saúde no Estado. As equipes de trabalho das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) discutiram com os municípios a reorganização do território regional, com a finalidade de desencadear um processo de gestão coletiva e incentivar o planejamento regional.

Cabe ressaltar que tal perspectiva está em sintonia com a necessidade de fazer avançar a construção de estratégias de governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da participação social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde. Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também conta com uma Comissão Inter gestores Regional – CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

3.3 RECURSOS FINANCEIROS

A Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas de governo, estabelecendo os critérios de rateio de recursos para as transferências e para as normas de fiscalização, avaliação e de controle das despesas com Saúde. O estado deveria aplicar, no mínimo, 12% da arrecadação líquida de impostos com ações e serviços públicos de saúde. Dados do SIOPS retratam percentuais destinados ao financiamento da saúde no estado do Rio Grande do Sul em 2011 chegou a 8,04% da receita líquida para serviços de saúde, revelando assim um descumprimento com o estabelecido pela legislação.

Percebe-se um crescente aumento no repasse dos recursos estaduais para os municípios e demais prestadores de serviços de saúde no decorrer dos anos, ainda assim, o repasse estadual está aquém do previsto em Lei para garantir a gestão compartilhada do SUS. A movimentação dos recursos financeiros é realizada com os Fundos de Saúde, que se constituirão em unidades orçamentárias e gestoras dos recursos da saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Os municípios, conforme a Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pelas três esferas de governo, traz como obrigatoriedade 15% da receita própria aplicada em Saúde.

O Decreto nº 7.827/2012 foi publicado visando regulamentar os procedimentos condicionantes para o recebimento de recurso para a saúde, bem como para restabelecer transferências suspensas. Entre as obrigatoriedades: a atualização permanente dos dados financeiros no Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). O não cumprimento dessa prescrição pode levar à suspensão das transferências de recursos. Com objetivo de melhoria da gestão, da avaliação dos gastos públicos em saúde e fortalecimento do controle social, o MS, através da Portaria Conjunta nº 1.163/2000 implementou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sendo este um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS, possibilitando dimensionar a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde, viabilizando maior transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor saúde (CARVALHO, 2010).

A Portaria Estadual nº 882/2012, regulamenta os critérios de repasses dos recursos estaduais e os condicionantes para os municípios recebê-los. Embora o repasse seja regular e automático, haverá suspensão quando ocorrer as seguintes situações: falta de instituição e funcionamento do Fundo e do Conselho Municipal de Saúde; não elaboração de Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão quadrimestral e não aplicação do percentual mínimo de recursos próprios no exercício anterior. O gestor estadual deverá informá-los à Contadoria e à Auditoria Geral do Estado (CAGE), que darão ciência ao Tribunal de

Contas e ao Ministério Público, com vista à tomada de providências legais pelos órgãos competentes (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O aumento do repasse de recursos financeiros aos municípios é fundamental para a gestão compartilhada do SUS, sendo também de responsabilidade do Estado a sua gestão, já que esse entra com a sua contrapartida financeira para que os municípios possam cumprir sua responsabilidade constitucional – a prestação de serviços de atenção à saúde (FES/SES/RS).

No intuito de fortalecimento do SUS, a Secretaria Estadual de Saúde é responsável pela coordenação da PPI, por estratégias de regulação do sistema intermunicipal, alocação de recursos elencados nas necessidades de saúde da população e não nos interesses dos prestadores de serviços, garantindo o acesso da população por local de referência. Deve atuar ainda, juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde na promoção de articulação entre os municípios, na avaliação do funcionamento do sistema de saúde, processos de gestão, forma de organização, modelos de atenção, utilizando como ferramenta o Relatório de Gestão. É também de responsabilidade compartilhada a regulação da assistência, utilizando-se de complexos reguladores responsáveis por consultas especializadas, leitos, urgências entre outros (CARVALHO, 2010).

O novo fator de financiamento da atenção básica definido pelo acréscimo de procedimentos ao PAB-fixo (da NOB-SUS 96) é o Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA). Quanto ao financiamento da média complexidade, o limite financeiro para as ações ambulatoriais de apoio diagnóstico passa a ser o valor per capita nacional mínimo, definido em portaria ministerial. A alta complexidade será financiada pelo Estado, com recursos do Teto Financeiro de Assistência (TFA) do estado definidos na PPI e do MS por regulação específica. O SUS tem um problema importante para seu desempenho, o financiamento. Os recursos são insuficientes advindos de fontes instáveis e falta clareza na divisão de responsabilidades ao seu provimento.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever como os municípios pertencentes à Região de Saúde 29 da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde no Rio Grande do Sul se apropriam do SARG-SUS para o processo de planejamento e financiamento de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (a) Descrever a situação dos municípios que fazem parte da Região de Saúde 29, pertencente à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada em Lajeado /RS quanto ao preenchimento e envio do Relatório Anual de Gestão, no período de 2013;
- (b) Verificar os gastos com serviços de saúde no ano de 2013;
- (c) Sistematizar a elaboração dos relatórios disponíveis segundo as seguintes variáveis:
 - (i) Observância o envio dos documentos de gestão dentro dos prazos estabelecidos;
 - (ii) Pertencimento de Plano Municipal de Saúde dos municípios da Região de Saúde Vales e Montanhas pertencentes à 16ª CRS.
 - (iii) Verificação quanto elaboração da Programação Anual de Saúde nestes mesmos municípios.
 - (iv) Análise do percentual aplicado em saúde no período de 2013 dos municípios acima citados.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com relação à metodologia, as pesquisas são classificadas em três grandes grupos: exploratórias, descritivas e causais. De acordo com Selltiz et al. (1975), os estudos formuladores ou exploratórios têm como objetivos de pesquisa a familiarização com o fenômeno ou conseguir nova compreensão deste, frequentemente para poder criar um problema mais preciso de pesquisa ou criar novas hipóteses, sendo a principal acentuação a descoberta de ideias e intuições. Os estudos descritivos são aqueles que apresentam precisamente as características de uma situação, um grupo ou um indivíduo específico. Os estudos causais são aqueles que verificam uma hipótese de relação causal entre variáveis. Esta é uma pesquisa descritiva.

Para Gil (2002), a pesquisa descritiva é caracterizada por possuir objetivos bem definidos, procedimentos formais, bem estruturados e dirigidos para uma solução de problemas ou avaliação de alternativas de curso de ação. A maioria das pesquisas realizadas seguem esses mesmos direcionamentos. Neste tipo de pesquisa, o pesquisador precisa saber exatamente o que pretende, ou seja, quem ou o que deseja medir, quando e onde o fará, como e por que deve fazê-lo, utilizando análise de dados, entrevistas pessoais e por telefone, questionários pelo correio, questionários pessoais e observação (DUARTE *et al.*, 2011).

Este estudo configura-se como pesquisa, identificando através dos sistemas de informação a presença e utilização de instrumentos de gestão. Na pesquisa descritiva, segundo Andrade (2004), os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, o estudo fundamenta-se na coleta de dados secundários, em acesso de domínio público do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), página do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARGSUS) e através das informações constantes na Situação do Relatório Anual de Gestão (RAG), e Situação do Relatório de Gestão (RDQA),

observando os dados dos municípios da Região de Saúde Vales e Montanhas. A análise dos dados foi qualitativa e observou a conformidade com a Legislação vigente em relação aos Sistemas de Planejamento do SUS (DATASUS). No entanto, não foi avaliada a qualidade dos documentos de planejamento, apenas a verificação de existência dos mesmos: Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde. O motivo de não fazer esta avaliação da qualidade dos instrumentos de planejamento é a falta de conhecimento da realidade de todos os municípios envolvidos na pesquisa. São 27 municípios, o que dificulta consideravelmente conseguir conhecer a situação atual de cada um deles, os problemas locais, os indicadores de saúde, identificação da situação particular de cada município e impossibilitando de fazer o reconhecimento e a avaliação da qualidade dos instrumentos elaborados neste momento.

Para verificar o envio dos documentos de gestão foram realizados dentro dos prazos estabelecidos pelas portarias ministeriais, foi utilizada como referência a aprovação do Conselho Municipal de Saúde. O Relatório Quadrimestral e Anual de Gestão passam pelo CMS antes de serem enviados para o Ministério da Saúde. Os dados foram obtidos na página do Ministério da Saúde Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS. Neste site é factível encontrar estas informações e o acesso é de domínio público (DATASUS).

O endereço eletrônico de acesso a este sistema é www.saude.gov.br/sargsus. O Sistema traz as informações previstas no artigo 36 da Lei Complementar 141/2012. São elas: montante e fonte dos recursos aplicados no período; auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada (SGEP/MS, 2011).

No que tange ao pertencimento de Plano Municipal de Saúde, Programação Anual e o percentual gasto com saúde dos municípios pertencentes à Região de Saúde Vales e Montanhas, utilizou-se o mesmo método de consulta, ou seja, o site do SARGSUS. O Relatório Anual de Gestão inclui em anexo o Plano

Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde bem como percentual aplicado em serviços de saúde pelos municípios.

Quanto aos aspectos éticos, os dados utilizados foram retirados de bases secundárias, de domínio público, não sendo necessário encaminhamento para comitê de ética. Foram respeitadas as normas de formatação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) vigentes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SARG-SUS é um exemplo de avanço no sistema de planejamento e gestão no SUS, tendo como principal objetivo fornecer aos gestores de saúde municipais e estaduais uma ferramenta informatizada, que visa facilitar a elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde, fornecendo uma base de dados com as informações que poderão auxiliar análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS (BRASIL, 2010).

Os 27 municípios da Região de Saúde 29 preenchem o RAG e possuem dados registrados no SARG-SUS. A tabela abaixo demonstra o percentual de municípios que tem em seu arcabouço de legislação o pertencimento de Plano Municipal de Saúde e Programação Anual no ano de referência.

Tabela 1- Dados segundo anexos obtidos no Relatório Anual de Gestão dos 27 municípios da RS 29.

Municípios com Plano Municipal de Saúde anexado no RAG 2013	n	Municípios com Programação Anual anexado no RAG 2013	n
Sim	15	Sim	1
Não	8	Não	21
Sem informação	5	Sem informação	5
Total	27	Total	27

Fonte: SARGSUS 2013

O RAG é considerado um dos principais instrumentos de gestão, possibilita a avaliação das atividades do gestor quanto ao planejamento proposto bem como a aplicação de recursos do município em serviços de saúde. Possibilitando ainda a representação direta do controle social através da aprovação pelo Conselho de Saúde. É um instrumento legal orientado segundo portarias do Ministério da Saúde representando avanços na governança do SUS. Os conselhos

de saúde representam espaços de diálogo entre a participação da sociedade civil e gestores, fortalecendo o interesse público. “O planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, historicamente, têm se organizado de forma centralizada, fragmentada e imposta de cima para baixo” (ALMEIDA e SOUZA, 2013).

Referindo-se aos instrumentos de planejamento, o PlanejaSUS tem por base a formulação e revisão periódica de três instrumentos fundamentais: Plano de Saúde (PS) e as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS); e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Instrumentos esses que são comuns às três esferas, mas é na esfera municipal que ela se mostra de fundamental importância devido ao processo de descentralização e a gestão do planejamento ascendente do SUS. O Plano de Saúde é um instrumento importantíssimo para a gestão do SUS no âmbito municipal, pois define os objetivos para um período de quatro anos de atuação. Segundo Anunciação e Souza (2011), o PS precisa ser reconhecido como um instrumento que oriente a gestão do sistema de saúde, ganhando significativa relevância, alicerçando um primeiro passo para a valorização do referido instrumento, voltado ao aperfeiçoamento da própria gestão. É a partir dos Planos de Saúde que são construídas as Programações Anuais de Saúde que, por sua vez, devem estar integradas com as propostas orçamentárias. (LUZ et al., 2013).

O Plano de Saúde (PS), que deve conter as ações e os resultados a serem atingidos no período de quatro anos, a Programação Anual de Saúde (PAS) é a que contem as ações executoras das intenções que constam no PS, representando as ações voltadas as diretrizes da saúde e à gestão do SUS. O Relatório Anual de Gestão (RAG) traz os registros dos resultados obtidos. Segundo Silva, Santos e Mendes (2012) afirmam que, o PS, a PAS e o RAG são instrumentos correlatos e não podem ser vistos separadamente (LUZ et al., 2013).

Sendo o planejamento uma ferramenta que consiste em definir prioridades e alocar recursos para a realização das atividades previamente estabelecidas, os municípios através da assinatura do Pacto pela Saúde acordaram instrumentos de planejamento, entre eles Plano Municipal de Saúde, a Programação

Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Estes instrumentos de gestão devem estar diretamente relacionados ao Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), bem como a Lei Orçamentária Anual (LOA). O período de abrangência de quatro anos explicita as intenções e os resultados esperados com diretrizes, objetivos e metas (BRASIL, 2009).

Contudo, os dados obtidos apontam que os instrumentos de planejamento nos municípios selecionados ainda possuem deficiências com relação ao cumprimento da legislação de planejamento do SUS. Mesmo com conhecimento das leis, portarias e guias do Ministério da Saúde que abordam o tema do planejamento na gestão do SUS, percebe-se que, principalmente no âmbito municipal o Planejamento em Saúde ainda se dá de forma incipiente. Dos 27 municípios, apenas 14 tem PMS, o que remete as limitações do planejamento ascendente ainda existente.

Em relação à PAS, que tem como propósito determinar ações a serem desenvolvidas anualmente em consonância com a LOA para alcançar os objetivos definidos no PS é ainda mais preocupante o cenário encontrado: (78%) não possui programação anual de saúde e outros (18,5%) deixaram o espaço destinado à resposta sem informações, o que supõe a não existência. O que leva a crer que estes municípios ainda não incorporaram os processos de planejamento em saúde como ferramenta de gestão e ainda trabalham no improviso, onde as ações continuam sendo realizadas apenas de forma a solucionar problemas urgentes.

Outro fator relevante é que o pertencimento destes três instrumentos básicos de planejamento (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão), é uma exigência legal do Ministério da Saúde, para o repasse financeiro, sendo esta uma exigência não cumprida pelos municípios da RS 29.

Segundo Lacerda *et al.* (2012), a atuação contínua e articulada do planejamento nas três esferas de governo, de forma ascendente e voltadas as

necessidades locais, resulta em um grande potencial de transformação da realidade de saúde da população (LUZ et al., 2013).

6.1 PLANEJAMENTO FINANCEIRO EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA 29ª REGIÃO DE SAÚDE-16ªCRS

Em se tratando dos achados quanto ao percentual aplicado em saúde nestes municípios, observa-se que nem todos estão em conformidade com o RAG, sendo que não foram encontrados dados de cinco dos 27 municípios que compõem a região do estudo. Os 22 municípios cujos dados de aplicação em serviços de saúde contavam no RAG, todos aplicam os percentuais estabelecidos pela EC 29, que define percentual de recursos aplicados em serviços de saúde, valor igual ou superior a 15%, respeitando assim o cumprimento da EC 29. Pode-se observar uma variação de 7,79% de recursos aplicados em saúde em relação ao município com menor percentual aplicado e o município com maior aplicação de recursos em saúde. Muitos fatores podem influenciar essa variação de percentual em aplicação de saúde entre os municípios, como perfil epidemiológico, presença de hospital no território, localização, estratégias de gestão, entre outras. Cinco dos municípios pesquisados não possuíam registro no RAG quanto ao item aplicação de recursos em serviços de saúde. Sendo que o propósito foi analisar os registros encontrados no RAG, não foi objetivo deste estudo buscar estas informações em qualquer outra base de dados. A gestão em saúde engloba o planejamento e definições de ações em saúde a serem desenvolvidas, dentre elas: vigilância em saúde, controle, regulação e avaliação constante das ações desenvolvidas. Ela também é responsável pelo gerenciamento dos recursos recebidos (BRASIL, 2005).

Mesmo com todas as tensões e dificuldade existentes, ainda assim, a descentralização proporciona um maior grau de consistência das prioridades locais e possibilidade de elaboração do planejamento ascendente no SUS (VIEIRA, 2009).

Gráfico 1 - Percentual de aplicação de recursos com serviços de saúde nos municípios da RS 29.

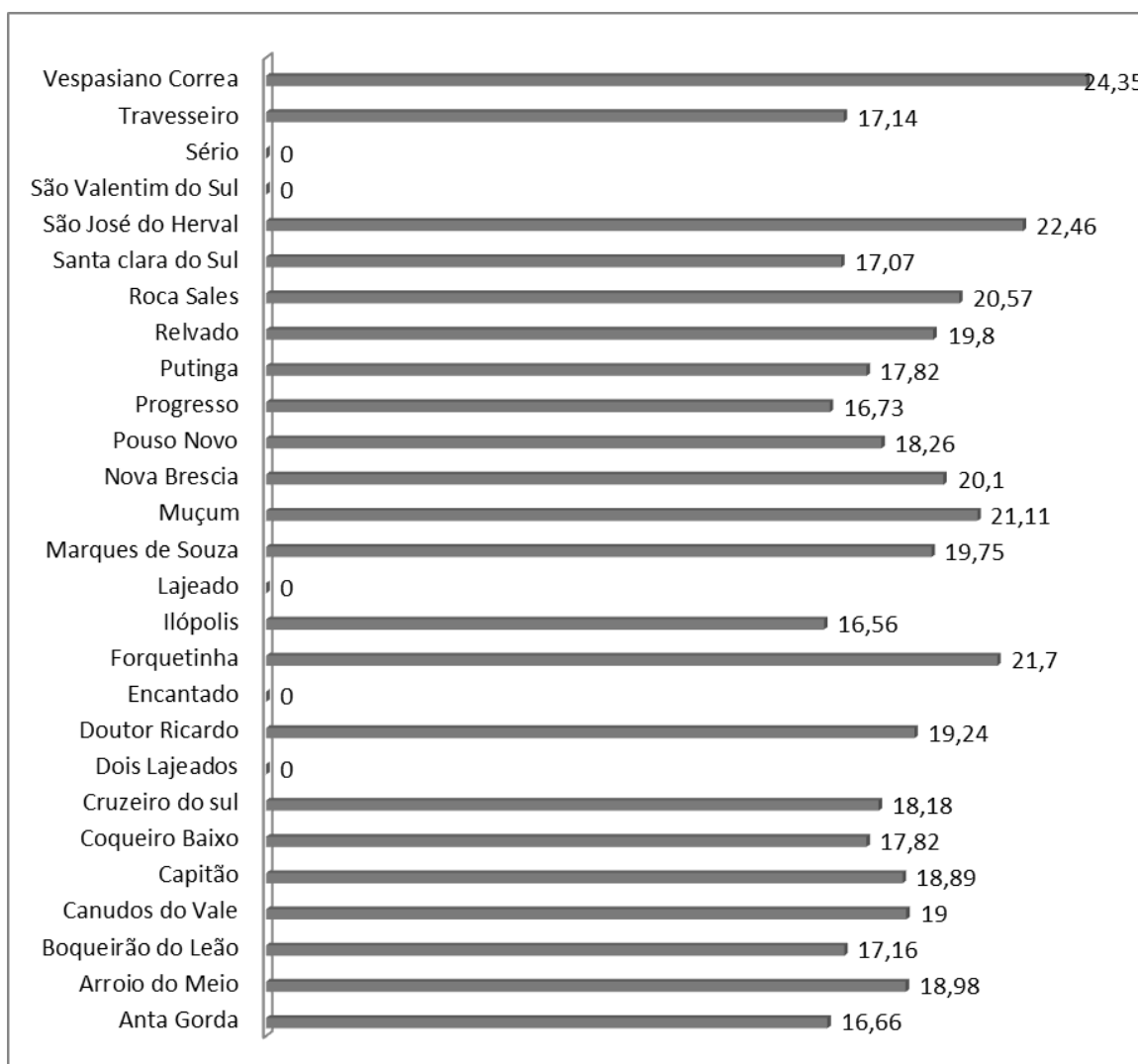


Figura 2 - % de recursos aplicados em saúde em 2013.

Fonte SARGSUS/RAG, 2013.

A maioria dos municípios não incorporou o planejamento como prática de fortalecimento da gestão do SUS. Dos 27 municípios, apenas um relata possuir PAS. Este por si só é um dado relevante, pois a PAS deveria estar diretamente relacionada com a LOA, com um período definido para o exercício de um ano e tem o propósito de estipular as ações a serem desenvolvidas para atingir os objetivos

definidos no OS. Para que realmente configurem ferramentas de planejamento do SUS, o PS e a PAS devem estar harmonicamente ligados com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual (LUZ *et al.*, 2013), fato este que não foi possível observar na RS 29.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo esse trabalho, em relação ao objetivo específico de descrever a situação dos municípios que fazem parte da Região de Saúde 29, pertencente à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada em Lajeado /RS quanto ao preenchimento e envio do Relatório Anual de Gestão, no período de 2013, pode-se afirmar que se encontraram registros de todos os municípios no SARGSUS, todos apresentaram o Relatório Anual de Gestão no ano de 2013.

Em relação à verificação dos gastos com serviços de saúde no ano de 2013, observou-se que nem todos os municípios estão em conformidade no RAG. Cinco dos vinte e sete municípios que compõem a região pesquisada não apresentaram dados referentes à aplicação de gastos com serviços em saúde. Os vinte e dois municípios que enviaram os dados, observou-se que todos aplicam percentual acima do estabelecido pela EC 29. O propósito deste estudo foi analisar os registros encontrados no RAG. Portanto, não foi buscado informações em outra base de dados para saber o percentual dos cinco municípios que não apresentam os dados no sistema.

Quanto ao envio dos documentos de gestão dentro dos prazos estabelecidos, percebeu-se que os municípios em sua totalidade apresentaram o Relatório Anual de Gestão para apreciação e aprovação do Conselho de Saúde e todos tiveram aprovação dentro dos prazos estabelecidos. Ao verificar a existência ou não de PMS e PAS, os dados obtidos apontam que os instrumentos de planejamento nos municípios pesquisados ainda possuem deficiências com relação ao cumprimento da legislação de planejamento do SUS. Percebeu-se que, no âmbito municipal o Planejamento em Saúde ainda se dá de forma incipiente. Dos vinte e sete municípios, quatorze tem PMS e apenas um município tem a PAS em anexo no Relatório Anual de Gestão. Outro fato observado é a inconsistência das informações apresentados no RAG. Identificou-se discordâncias no item relacionado a ter ou não PAS no ano de referência. Muitos municípios deixaram a

pergunta sem resposta, o que supõe a não existência, outros municípios, relatam ter, contudo, não consta em anexo do RAG. Estes fatos pressupõem que os municípios encontram dificuldades na elaboração e preenchimento do RAG.

Em relação ao objetivo geral que foi descrever como os municípios pertencentes à Região de Saúde 29 da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde no Rio Grande do Sul se apropriam do SARG-SUS para o processo de planejamento e financiamento de saúde, percebe-se que a maioria dos municípios não incorporou o planejamento como prática de fortalecimento da gestão do SUS. O planejamento local, regional faz parte das diretrizes do SUS. A descentralização proporciona maior autonomia de planejamento de ações com base na realidade local e baseados em indicadores de saúde da região, tem-se a possibilidade de definir as prioridades locais e isso só é possível através do planejamento ascendente no SUS. Uma prática ainda em construção nos municípios pesquisados.

Há de se concentrar esforços para mudar o cenário e desenvolver estratégias que visem à consolidação do planejamento no âmbito municipal. Não se trata apenas de construir e elaborar instrumentos para o cumprimento da legislação vigente, mas sim, da incorporação do planejamento em saúde por parte dos gestores na construção de instrumentos de gestão de forma prática, a partir de um diagnóstico situacional e do estabelecimento de objetivos e metas que visem à melhoria das condições de saúde de cada município, procurando envolver o maior número de atores neste cenário, versando um processo de cogestão e, conseqüentemente, corresponsabilidade para que as propostas ganhem vida e sejam promotoras da melhoria na condição de saúde da população.

Dentre os limites desta pesquisa, pode-se citar um estudo mais detalhado analisando os dados do RAG 2014, podendo visualizar possíveis avanços no planejamento destes municípios. Os resultados obtidos neste estudo sinalizam quanto à importância de realizar pesquisas no sentido de observar e proporcionar discussões em relação a apropriação e o aprimoramento das práticas de gestão. Analisar o uso dos instrumentos disponíveis para os gestores, propor parcerias com

universidades e com demais atores sociais aptos, são algumas iniciativas que podem contribuir para o desenvolvimento e a institucionalização dos sistemas de planejamento em saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA A. R. C.; SOUZA M. K. B. Processos de construção e análise dos Relatórios Anuais de Gestão: dificuldades, avanços e reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.37, n.4, p.852-868, out./dez 2013.

ANDRADE, M. M. de. **Como Preparar Trabalhos para Cursos de Pós-Graduação: noções práticas**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ANUNCIAÇÃO, F. C.; SOUZA, M. K. B. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 845-858, out.- dez. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 de fev 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 de mar 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 1.034, de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, de 06 de maio 2010.

_____. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de setembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação**

pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 150 p. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>> Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão:** garantindo saúde para todos. Brasília: Editora MS, 2005. 84 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico . 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. Disponível em: < <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS:** manual do usuário, versão 3.0. Brasília, fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SARGSUS.** Disponível em: < <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 291 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011. 124 p. Disponível em: < http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_2.pdf>. Acesso em: 24 set. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS.** Brasília: CONASS, 2007. 152 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro2.pdf> Acesso em: 24 set. 2014.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde -** Brasília: CONASS, 2011. 534 p. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf
Acesso em: 24 set. 2014.

NOB – SUS 01/96: Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996). Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO A. L., BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: CAPES, 2010. 86 p. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.moodle.fmb.unesp.br%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D5610&ei=MMmfVdz5HcixwATHzbqWDA&usg=AFQjCNEetPnjbmOD_EqQFmEqbHd8xcp70A&bvm=bv.96952980,d.Y2l&cad=rja> Acesso em: 24 set. 2014.

CARVALHO A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica, **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p. 901-911, abril 2012.

DUARTE S. I. et al. Variáveis dos custos de produção versus preço de venda da cultura do café no período de replantio, **REGE**, v. 18, n. 4, p. 675-690, out./dez. 2011.

GIL A. C.; LICHT R. H.G.; YAMAUCHI N. I. Regionalização da saúde e consciência regional, **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, vol. 2, n. 3, p. 35-46, dez 2006.

LUZ A. B. C.; PEREIRA M. F.; SILVA M. L. B. Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), **Coleção Gestão da Saúde Pública**, v.3, p.1-21, 2013.

MATUS C. **Política, planejamento & governo**. Tomo I. Brasília: IPEA, 1996.

MIRANDA A. S.; CARVALHO A. L. B.; CAVALCANTE C. G. C. S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17,n. 4, p. 913-920, 2012.

PONTELLI B. P. B.; BALDO G. B. Sistemas de informação em saúde: estratégia para o planejamento em gestão, **Revista Fafibe On-Line**, v. 6, n.6, p. 150–156, nov. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível: < http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf> Acesso em: 01 out. 2014.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, supl.1, p.1565-1577, 2009.

VIEIRA M.; CALVO M. C. M. Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n. 12, dez. 2011.

ANEXOS

Anexo 1- A população dos municípios da 16ª CRS do Rio Grande do Sul (29ª Região de Saúde), pode ser caracterizada como no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Caracterização populacional da 29ª Região de Saúde

Região 29 – Vales e Montanhas		
Município	População Residente	Área (Km²)
1. Anta Gorda	6.035	243,0
2. Arroio do Meio	19.060	158,0
3. Boqueirão do Leão	7.651	265,4
4. Canudos do Vale	1.785	82,0
5. Capitão	2.647	74,0
6. Coqueiro Baixo	1.518	112,3
7. Cruzeiro do Sul	12.420	155,5
8. Dois Lajeados	3.287	133,4
9. Doutor Ricardo	2.016	108,4
10 Encantado	20.810	139,2
11. Forquetinha	2.458	93,6
12. Ilópolis	4.079	116,5
13. Lajeado	73.201	90,0
14. Marques de Souza	4.042	125,2
15 Muçum	4801	110,9
16. Nova Bréscia	3.291	94,2
17. Pouso Novo	1.827	106,5
18. Progresso	6.153	255,9
19. Putinga	4.087	205,0
20. Relvado	2.136	123,4
21. Roca Sales	10.436	208,5
22. Santa Clara do Sul	5.832	86,6
23. São José do Herval	2.155	103,1
24. São Valentim do Sul	2.173	92,2
25. Sério	2.217	99,6
26. Travesseiro	2.309	81,1
27. Vespasiano Correa	1.939	113,9
TOTAL	210.365	3.577,4

Fonte: Guia dos municípios do Rio Grande do Sul (2013); TRE-RS (2013).