

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MAX DOBROVOLSKI

**A GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR PELA
PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO (2014-2017)**

PORTO ALEGRE
2019

MAX DOBROVLSKI

**A GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO-PR PELA
PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO (2014-2017)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Dr. Rafael Kruter Flores
Coorientador: Me. Bruno Silva Kauss

PORTO ALEGRE
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CIP - Catalogação na Publicação

Dobrovolski, Max

A gestão em saúde do município de Pato Branco-PR
pela perspectiva dos instrumentos de gestão
(2014-2017) / Max Dobrovolski. -- 2019.

65 f.

Orientador: Rafael Kruter Flores.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Plano Governamental de Saúde. 2. SUS. 3. Gestão
em Saúde. I. Kruter Flores, Rafael, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

MAX DOBROVOLSKI

**A GESTÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PATO BRANCO/PR PELA
PERSPECTIVA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO (2014-2017)**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador: Dr. Rafael Kruter Flores

Coorientador: Me. Bruno Silva Kauss

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo fôlego de vida em cada acordar.

Ao meu amigo, companheiro e esposo Adilson Azevedo, que em todos os momentos permaneceu ao meu lado.

Às minhas colegas de trabalho e estudos Alethéia Carolino e Dayane Boaretto, pela amizade incondicional.

A equipe de coordenação, desenvolvimento e elaboração deste curso de especialização.

Aos tutores, que estiveram me dando suporte e auxílio ao longo desta trajetória.

“Um livro, uma caneta, uma criança e um professor podem mudar o mundo”.

Malala Yousafzai

RESUMO

Os instrumentos de gestão são documentos construídos para o exercício de uma administração pública em saúde, que engloba elementos desde o planejamento até a avaliação e divulgação dos dados obtidos. Destacam-se o Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O objetivo deste estudo foi compreender o desempenho da gestão municipal de saúde de Pato Branco-PR sob os aspectos observados nos instrumentos de gestão. Foram analisados os documentos de 2014-2017, que compreendem um período completo de gestão municipal, observando os respectivos objetivos, indicadores, ações e metas propostas no PMS e os resultados publicados no RAG. Os dados, de domínio público, foram obtidos com livre acesso na plataforma SARG-SUS. Houve o cumprimento de 46,10% de metas executadas parcialmente e 48,56% de metas executadas totalmente. Também, foram evidenciadas falhas de elaboração, avaliação e monitoramento. Pode-se concluir que embora houve um desempenho favorável da gestão, este não pode ser considerado satisfatório, devido ao número de metas executadas em sua totalidade que não alcançaram 50% do previsto. Espera-se com o estudo atribuir de forma objetiva uma avaliação da gestão em saúde no período analisado.

Palavras-Chave: Plano Governamental de Saúde. SUS. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The management instruments are documents constructed for the exercise of a public health administration, that includes elements from the planning to the evaluation, and dissemination of the obtained data. Special mention should be made of the Municipal Health Plan (MHP), the Annual Health Program (AHP) and the Annual Management Report (AMR). The objective of this study was the of to understand the performance of municipal health management of city Pato Branco-PR, planned under the aspects observed in the management instruments. The 2014-2017 documents, which comprise a complete period of municipal management were analyzed, observing the respective objectives, indicators, actions and goals proposed in the AHP and the results published in the AMR. The data, in the public domain, were obtained with free access in the SARG-SUS platform. There was compliance 46,10% of partially executed goals and 48.56% of goals fully implemented. Also, failures of elaboration, evaluation and monitoring were evidenced. It can be concluded that although there was a favorable performance of the management, it cannot be considered satisfactory due to the number of goals executed in its totality that did not reach 50% of the predicted. It is hope that the study will objectively assign an evaluation of health management in the period analyzed.

Key-words: Governmental Health Plan. Health System. Health Management.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde de Pato Branco 2014-2017.....	31
Tabela 1 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2014 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	33
Tabela 2 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	34
Tabela 3 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2016 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	35
Tabela 4 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	36
Tabela 5 – Percentual de metas do PMS previstas e executadas conforme as PAS e os RAG de 2014 a 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	37
Tabela 6 – Número total de metas do PMS de acordo com cada diretriz e seus desfechos de execução conforme os RAG de 2014 a 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.....	38

LISTA DE BREVIATURAS E SIGLAS

CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CMS - Conselho Municipal de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
EAB – Equipe de Atenção Básica
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei de Orçamento Anual
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor Regional
PDSUS – Pacto em Defesa do SUS
PG – Pacto de Gestão
PMS – Plano Municipal de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PSF -Programa de Saúde da Família
PS – Pacto pela Saúde
PV – Pacto Pela Vida
RAG – Relatório Anual de Gestão
SANEPAR – Companhia de Saneamento do Paraná
SARGSUS – Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SIS – Sistema de Informação de Saúde
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS – Sistema Único de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS.....	13
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos.....	13
3. JUSTIFICATIVA.....	14
4. REVISÃO TEÓRICA	16
4.1 O Sistema Único de Saúde - SUS	16
4.2 Instrumentos de gestão	19
4.3 Sistemas de informação	22
4.4 Município de Pato Branco	24
4.5 Estudos prévios e relacionados ao tema	25
5. METODOLOGIA	28
6.RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
6.1 Análise do Plano Municipal de Saúde	29
6.2 Análise das PAS e RAG (2014-2017).....	32
7. CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO-PR	57
ANEXO B	58

1 INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa documental sobre os instrumentos de gestão, surgiu da necessidade de compreender de forma objetiva, como foi o desempenho de gestão da Secretaria Municipal de Saúde do município Pato Branco, Paraná. A busca em saber como foi desempenhado um período de gestão municipal de saúde, num determinado momento, é uma questão que, seja como cidadãos, servidores públicos de saúde ou estudantes da área de gestão em saúde, aflora como indagação pertinente. Entretanto, ao buscarmos essa resposta, frequentemente encontramos informações subjetivas e por meio de fontes não oficiais. Diante disso, e do papel do gestor em identificar os problemas de saúde de seu território, planejar suas ações e responder à sociedade o que fora de fato alcançado, é que esse estudo descritivo foi elaborado.

O município escolhido para o nosso estudo foi o de Pato Branco, uma cidade fundada em 1951, situada no Sudoeste do Paraná, com população estimada atualmente de 81.893 habitantes, com predominância de população jovem-adulta, entre 20 a 29 anos (pirâmide etária do último censo de 2010), (IBGE, 2018). Também apresenta 91.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado e na área da saúde dispõe de 72,67% de cobertura de ESF chegando a 87,76% de EAB (e-GESTOR, 2018).

É fato que ser gestor municipal de um sistema de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), impõe atuar em meio à grande reafirmação do que é descentralização, trabalhada fortemente na estratégia de regionalização. Assim, a gestão do SUS, é em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional (CONASEMS, 2016).

E esse papel foi mais satisfatoriamente elucidado, com a publicação do Pacto pela Saúde, que tem atribuído aos gestores, desde então, papéis protagonistas no fortalecimento do sistema. Por intermédio da execução das ações de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Por isso, o estudo de instrumentos de gestão como área de interesse, permite o aprofundamento e entendimento daquilo que mais se aproxima da rotina de um gestor em saúde: saber operar eficientemente os instrumentos legais disponíveis para

execução de sua gestão, como o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), (BRASIL, 2013).

O PMS define os objetivos, diretrizes e metas, além de prever o financiamento das ações e serviços de saúde, em conformidade com as especificidades da esfera de gestão (SALIBA, 2013). Ou seja, ele subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação de ações por um período de quatro anos, como recomendado pelas diretrizes do Comitê Nacional de Saúde Sistema Único (SUS). Compreendido como uma política que deve estar de acordo com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, o que aumenta a finalidade de garantir a transferência de recursos financeiros para a prestação de serviços à população (NASCIMENTO, 2017).

Já o Relatório Anual de Gestão, é o instrumento com elaboração anual que permite apresentar os resultados alcançados com a execução do PAS, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde (BRASIL, 2013). Considerando o entendimento do papel do gestor e do uso dos seus instrumentos de gestão já citados, propõe-se para definição do tema, a compreensão destes documentos publicados oficialmente na gestão governamental 2013-2016 de Pato Branco-PR. O objetivo é fazer uma análise descritiva das propostas do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2014 – 2017 e os resultados obtidos neste período. Para isso, pretende-se utilizar como fonte de pesquisa a plataforma DATASUS/SARGSUS (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão 2014-2017).

O estudo busca compreender efetivamente, e à luz dos conceitos de gestão em saúde, o que fora proposto e planejado em relação às metas alcançadas para a saúde no município. Além disso, visa entender como os instrumentos de gestão são utilizados na prática do gestor em saúde. Buscando desse modo, uma relação com as propostas do curso de especialização em gestão de saúde, e um aprendizado significativo desses instrumentos, que são imprescindíveis na prática do gestor em saúde.

Dessa forma, o presente trabalho pretende responder a seguinte questão: como foi o desempenho da Gestão Municipal de Saúde em Pato Branco-PR, de acordo com planejamento feito através dos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão) 2014-2017?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender o desempenho da gestão municipal de saúde de Pato Branco-PR planejada para 2014 a 2017, sob os aspectos observados nos instrumentos de gestão.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar no Plano Municipal de Saúde 2014/2017, nas PAS e RAG deste mesmo período, o cumprimento das normas vigentes para sua elaboração;
- b) Relacionar a PAS com o RAG de cada ano, respectivamente, quantificando dentro de cada diretriz proposta no PMS, as metas pactuadas para cada objetivo, e as metas alcançadas;
- c) Quantificar o desempenho através da relação percentual no número de metas alcançadas, em relação às metas pactuadas;
- d) Subsidiar dados para o aprimoramento do processo de planejamento da gestão municipal de saúde do município estudado;

3. JUSTIFICATIVA

Durante um ciclo de gestão de saúde num governo municipal, muitas propostas são feitas para a melhoria do sistema de saúde a nível local. O novo gestor ao iniciar suas atividades, embora ainda enfrente a finalização das ações propostas da gestão anterior, deve desenvolver um plano de gestão para quatro anos. A boa elaboração de um Plano Municipal de Saúde, e suas respectivas Programações Anuais de Saúde, somados a uma gestão estratégica e eficiente, com certeza resultarão em resultados alcançados satisfatórios.

Por isso, relacionar os resultados obtidos no RAG às metas idealizadas no PMS, são fundamentais para compreender o desempenho da referida gestão municipal de saúde. Então, sair da observação subjetiva para buscar uma identificação objetiva do que se alcançou, em relação aos objetivos e ações do PMS, é de extrema importância, pois traz uma interpretação do período de gestão de forma concreta e oficial. Esses instrumentos de planejamento, são imprescindíveis para a gestão no SUS, são requisitos para obtenção de recursos, controle e auditoria, além da necessidade de aprovação no Conselho Municipal de Saúde.

Para compreendermos a situação de saúde no município de Pato Branco, não basta conhecermos a realidade de saúde na cidade. É fundamental que os dados oficiais traduzam o êxito da gestão, através de uma construção de instrumentos claros, coerentes e objetivos. E que expressem de fato e com clareza as metas alcançadas no referido período de gestão. Isso é possível, pela escolha do instrumento RAG, pois ele descreve os resultados alcançados, contemplando aspectos qualitativos e quantitativos e comprova a aplicação de recursos financeiros repassados.

Esse estudo é necessário para avaliar criteriosamente o município no que tange a um período de gestão em saúde. Além disso, observar a elaboração desses instrumentos, quanto às normas vigentes na construção dessas ferramentas, não deixando de lado seu monitoramento e avaliação. Espera-se com os resultados encontrados na presente pesquisa, que possamos vir a compreender os avanços obtidos nos serviços de saúde destes municípios e relacioná-los com o que foi proposto no início do período de governo (2013-2016). Os resultados obtidos serão

apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e à Regional de Saúde, como um panorama real das metas alcançadas no período proposto, e relacionando o tema a construção de instrumentos de gestão de qualidade. E de acordo com as conclusões, poder contribuir em propostas de melhoria e rearranjos, no que tange ao planejamento e execução desses instrumentos junto aos gestores municipais.

4. REVISÃO TEÓRICA

4.1 O Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na Lei nº 8080/90, é uma estrutura organizacional baseada em princípios de cidadania e justiça social. Sendo assim, o SUS possui o intuito de viabilizar o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual está estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (COSTA, 2002).

A partir da criação do SUS, houve então a necessidade de definir objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização. Bem como, para normatizar e operacionalizar as relações entre as esferas do governo, tratando dos aspectos das responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (NÓBREGA, 2010).

Nos primeiros anos do SUS, algumas normas começaram a ser publicadas com intuito de regular algumas necessidades inerentes ao sistema. Com isso, surgiu a Norma Operacional Básica (NOB) em 1991, que estabelecia critérios de repasse de verbas. Já as NOB 93 e 96 implantaram os repasses automáticos fundo a fundo, criaram o PAB (Piso de Atenção Básica), uma modalidade de pagamento com base populacional que, através dos anos (1998 e 2000), foi sendo aprimorada com o surgimento de duas modalidades de PAB – fixo (valor *per capita*/ano) e variável (recursos para programas definidos pela esfera federal como o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e então chamado PSF (Programa Saúde da Família) (BRASIL, 1991).

Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram introduzidas e, com elas, novos formatos de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde foi acontecendo gradativamente, assim como a de seu financiamento. Portanto, a cada novo passo do SUS, surgia uma forma distinta de

participação dos estados e municípios, como também uma nova forma de transferência de receita da União para eles (FADEL, 2009).

Seguindo o processo de descentralização, e buscando organizar o Sistema de Saúde em todos os níveis, foi publicada em 2001 a NOAS (Norma operacional de Assistência à Saúde) com objetivo promover uma descentralização com autonomia, utilizando os recursos financeiros de acordo com as reais necessidades. Ela foi substituída pela NOAS/2002 (BRASIL, 2002), e através dela o Plano Diretor Regional (PDR) estabeleceu-se como instrumento regionalizado para organização de territórios e, módulos assistenciais conforme as redes hierarquizadas de serviços. Estabelecendo assim, fluxos de referência e contra referência, partindo do pressuposto de garantia da integralidade e o acesso da população aos serviços, e ações em saúde (ARCARI, 2015).

Para a qualificação na NOAS 01/02 (BRASIL, 2002), os estados deveriam elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). O PDI deveria estabelecer, de acordo com as ações pactuadas nos âmbitos regional e estadual na PPI, os recursos necessários à sua implementação e desenvolvimento, garantindo o financiamento integral da atenção básica e das necessidades no setor de vigilância à saúde (BRASIL, 2002). No entanto, apesar dos esforços das três esferas de gestão na implementação desta norma operacional, observava-se certo descompasso nesse processo, uma vez que nem todos os estados se encontram no mesmo momento de evolução. Surgindo assim, a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização do SUS no Brasil.

De tal modo, foi editada a Portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006a), que divulga o pacto pela saúde consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais inerentes a ele. O Pacto Pela Saúde (PS) surge para enfatizar a descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços. Entre seus objetivos, destacavam-se elencar, aperfeiçoar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão, por meio de três componentes: o Pacto pela Vida (PV), o Pacto em Defesa do SUS (PDSUS) e o Pacto de Gestão (PG) (BRASIL, 2006a).

Essas três vertentes do PS tinham finalidades diferentes, como por exemplo, o Pacto pela Vida reafirmava o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas por meio de metas com impacto sobre a situação de saúde

da população brasileira (saúde do idoso, controle de câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna entre outras) (BRASIL, 2006a). Já o Pacto em Defesa do SUS, expressava o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações, que pudessem vir a qualificar e assegurar o SUS como política pública. E por fim, o Pacto de Gestão vem como uma alternativa real para o processo de administração em saúde no Brasil, estabelecendo as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho, e da educação na saúde (BRASIL, 2006a).

Vale novamente ressaltarmos, o caráter conjuntivo que a ele se relaciona, uma vez que a articulação entre os gestores nos diferentes níveis de atuação, viabiliza-se por meio de dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (FADEL, 2009).

De fato, as mudanças advindas com a publicação do PS, não se voltaram apenas no fortalecimento das políticas públicas de saúde, integração entre gestores nas três esferas de governo ou cumprimento de metas e pactuações. No que se refere aos mecanismos de financiamento, essas mudanças envolveram a unificação das centenas de repasses realizados anteriormente, por meio da criação de cinco grandes blocos para transferência de recursos federais vinculados ao SUS: (1) atenção Básica; (2) atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; (3) vigilância em saúde; (4) assistência farmacêutica; (5) gestão do SUS e posteriormente, foi criado um sexto bloco referente aos investimentos (LIMA, 2012).

O aprimoramento do PS 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. Também busca enfatizar as necessidades da população, com definição de prioridades articuladas e integradas (ARCARI, 2015).

Esse decreto reforça o conjunto de responsabilidades do Pacto de Gestão e a definição dos critérios que apontam as responsabilidades, com os processos de monitoramento e avaliação. Desse modo, fica estipulado para a gestão: o desenvolvimento do processo de monitoramento e avaliação, a partir das necessidades de saúde; o monitoramento e a fiscalização da aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais; monitoramento e cumprimento pelos municípios do PMS e RAG da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do

pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, de controle, de avaliação e de auditoria e da participação na PPI da atenção à saúde, como também elaboração de normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde (CARVALHO, 2012).

4.2 Instrumentos de gestão

O processo de descentralização do SUS, ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país, da mesma maneira que com suas especificidades regionais. Tornando-se desse modo, mais complexo, e colocando os gestores à frente de desafios, que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde. Por meio da organização de uma rede regionalizada, e hierarquizada de ações e serviços, como também da qualificação da gestão (BRASIL, 2006).

O papel ativo no protagonismo dos gestores regionais no âmbito do SUS, tem sido incorporado gradativamente nas pactuações firmadas ao longo dos anos de consolidação dos SUS. E com isso os mecanismos de gestão, passam a ser destacados. Na pactuação de financiamento de gestão, que se destina ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, o recurso para apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, foi composto por componentes, os quais destacavam a necessidade de planejamento, orçamento e programação. (BRASIL, 2006). Essa mesma publicação ainda reforça, a necessidade de responsabilidade no planejamento e programação, afirmando que todo município deve:

- a. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o Plano de Saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho Municipal de Saúde;
- b. Formular, no Plano Municipal de Saúde, a política municipal de atenção à saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- c. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2006, p. 51).

Quanto ao planejamento e instrumentos a serem utilizados para gestão em saúde, o decreto nº 7.508, de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento.

Já a portaria nº 2.135, de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o PMS, PAS, RAG e orienta os pressupostos para o planejamento. Já para o planejamento orçamentário, os três principais instrumentos do planejamento orçamentário são o PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (CONASEMS, 2016). É necessário que os gestores de saúde tenham clareza de que estes instrumentos do planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, dão subsídios não apenas para a gestão do SUS, mas também para a formulação e gestão do orçamento municipal. Considerando que o gestor é responsável pela organização, estruturação e funcionamento do setor saúde e que a área de planejamento é fundamental para a elaboração dos instrumentos que expressam os resultados decorrentes do processo de planejamento (BARRETA et al, 2011).

O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos. Ele deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS, e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde (MOTTIN et al, 1999).

O PMS deve conter uma análise situacional da saúde do município (a estrutura do sistema, sua rede de saúde, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, descrição dos processos de gestão do trabalho e da educação na saúde, e a descrição dos processos de inovação tecnológica em saúde), uma descrição dos objetivos, diretrizes, metas e indicadores, e uma descrição dos processos de monitoramento e avaliação. Sua validade é de quatro anos: do segundo ano do governo recém-eleito, ao primeiro ano do próximo governo (BRASIL, 2013).

É importante destacarmos a construção do PMS como um processo participativo, em contraponto a um planejamento burocrático e normativo, que impossibilita a adesão e a responsabilidade dos atores envolvidos ao projeto de

gestão em saúde do município. A participação na construção do PMS possibilita a escuta dos atores que vivenciam o cotidiano do SUS no município, num processo de discussão e construção de consensos sobre os problemas de saúde, e a melhor maneira de enfrentá-los. (CONASEMS, 2016). Para Pinho et al (2008) sua elaboração deve ocorrer de forma participativa a partir de uma análise estratégico situacional para que a comunidade mencione e decida quais os principais problemas de saúde presentes no município, como também para que minimizem os conflitos de interesse, do mesmo modo que definam ações prioritárias a serem realizadas e por fim, quais estratégias de intervenção devem ser promovidas no planejamento em saúde.

A PAS descreve as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados, descrevendo anualmente tais aspectos e, também, descrevendo os objetivos e metas atreladas à tais ações. A PAS deve ser aprovada pelo CMS e isto deve ocorrer antes do encaminhamento da LDO, (visto que a PAS subsidia o planejamento orçamentário do município) do exercício correspondente, sendo sua execução no ano subsequente. (BRASIL, 2012). Seu principal objetivo é indicar quando, onde, e por quem as ações serão realizadas, além de orientar quanto à previsão orçamentária anual. Recomenda-se que esta ação seja feita de maneira intersetorial, envolvendo os setores administrativo e financeiro do nível municipal (REISDOFER, 2012).

Sobre o RAG, nada mais é do que a sistematização e divulgação de informação sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS. Uma vez que estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos, e tem sua periodicidade anual (TEIXEIRA, 2004).

O RAG é outro importante instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS como LC 141/2012 e a Portaria nº 2.135 de 2013. Ele refere-se à apresentação de resultados atrelados à PAS, devendo conter as diretrizes, objetivos e indicadores do PMS; as metas previstas e executadas da PAS; a análise da execução orçamentária; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. Ele deve ser produzido utilizando-se o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), pois é o que garante a comprovação ao Tribunal de Contas da União do cumprimento das obrigações do gestor municipal (BRASIL, 2013).

Além de comprovar a aplicação de recursos do SUS, os Relatórios de Gestão também apresentam os resultados alcançados com a execução da Programação

Anual de Saúde. Eles orientam ainda a elaboração de nova programação anual e eventuais redirecionamentos que se façam necessários no PMS (BRASIL, 2013).

Os instrumentos de gestão são os condutores do planejamento no curto e longo prazo das atividades dos gestores de saúde. Sendo necessário alcançar no final de cada período, uma checagem entre o que foi planejado, e o que foi executado no decurso do período (THIELE, 2008).

4.3 Sistemas de informação

É inegável a contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e suas ferramentas eletrônicas associadas, para o processo de planejamento no SUS. É possível afirmarmos que a qualidade do processo de gestão e planejamento está íntima e diretamente relacionada à capacidade dos gestores em explorar a potencialidade dos SIS (GARCIA e REIS, 2016).

A Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como, define que a análise situacional deve ser orientada pelos seguintes temas: Estrutura do sistema de saúde; Redes de atenção à saúde; Condições socio sanitárias; Fluxos de acesso; Recursos financeiros; Gestão do trabalho e da educação na saúde; Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão (BRASIL, 2013). Assim, a observância aos sistemas de informação em saúde fica evidenciada, tanto em caráter diagnóstico, conforme apresentado, quanto em caráter de monitoramento e avaliação das mudanças nos indicadores após a implementação dos Planos de Saúde. De acordo com Carvalho et al (1998), dentre as principais categorias de informação que devem estar ao alcance das gerências das três esferas de gestão, destacam-se:

Demográfico/econômico-social e cultural (permitem conhecer a estrutura de uma população); Eventos vitais (indicadores de mortalidade, morbidade, vida média ou esperança de vida e cobertura das ações); Morbidade (registro de doenças por sexo, idade, procedimentos médicos, raça, nacionalidade, procedência e outras variáveis de interesse clínico, epidemiológico, social, econômico e cultural); Classificação Internacional de Doenças (agrupa as doenças segundo as características semelhantes criando a nomenclatura de doenças e sua classificação); Avaliação hospitalar (Porcentagem da

ocupação, mortalidade hospitalar, necropsia hospitalar, infecção hospitalar e outros); Produção dos serviços (permite a construção de indicadores de cobertura populacional e utilização dos serviços); Qualidade (sistemas de avaliação sanitária dos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde ou produtores de alimentos, medicamentos, equipamentos, saneantes); Administrativo (gestão financeira/orçamento, folha de pagamento/ recursos humanos, gestão de estoques de materiais de consumo, equipamentos e outros) (CARVALHO, 1998, p . 32).

Diante disso, o Ministério da Saúde organiza e administra as informações de saúde, por intermédio do DATASUS, órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. No DATASUS, informações de saúde (indicadores de saúde, assistência à saúde, informações epidemiológicas e de morbidade, informações sobre a rede de assistência à saúde, estatísticas vitais, informações demográficas e socioeconômicas) e informações financeiras são disponibilizadas para consultas no portal. Seu objetivo principal é estruturar os sistemas de informação em saúde, que integram os dados em saúde, bem como auxiliam na gestão dos diversos níveis de atenção em saúde, fortalecendo o processo de administração descentralizada, e ao mesmo tempo hierarquizada; o controle social e os princípios do SUS (LIMA, 2015).

Dentre todos os sistemas de informação disponíveis na plataforma (cadastros nacionais, epidemiológicos, ambulatoriais, regulação, sociais, financeiros, hospitalares, estruturantes, eventos vitais e de conferência) há também o sistema voltado a gestão. Atualmente são disponibilizados dois sistemas para essa área: REDMINE (Sistema de Gestão de Projetos do DATASUS) que é um gerenciador de demandas, projetos e contratos do DATASUS na plataforma web, e o SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão) com objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do (RAG) ao CMS (LIMA, 2009).

Conforme já mencionado, o SARGSUS é uma importante ferramenta eletrônica de apoio ao sistema de planejamento. Atualmente o envio do RAG aos Conselhos de Saúde, assim como sua aprovação, é totalmente eletrônica. Nesse sentido, os gestores precisam estar familiarizados com a ferramenta e as informações por ela requeridas. Assim, aprofundaremos a análise sobre o acesso ao SARGSUS neste tópico. Por meio do endereço www.saude.gov.br/sargsus, é possível acessarmos o SARDSUS tanto como área de uso restrito ou área de uso público (REIS, 2016). Nele serão gravados os documentos obrigatórios (PMS, PAS, RAG) e elaborados pela gestão em saúde nas diferentes esferas do governo.

4.4 Município de Pato Branco

Pato Branco é uma cidade fundada em 1951, situada no Sudoeste do Paraná, com população estimada atualmente de 81.893 habitantes, com predominância da faixa etária jovem adulta, entre 20 a 29 anos (pirâmide etária do último censo de 2010) (IBGE, 2018). Apresenta índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,782, coloca-se como a 4ª melhor cidade em qualidade de vida do Estado do Paraná e a 113ª no Brasil. Também apresenta 91.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. A cidade se destaca na microrregião como um centro de serviços, com ênfase nos setores da saúde e da educação. A partir de 1996, Pato Branco buscou variar sua economia através de incentivos fiscais a empresas dos setores de informática e eletroeletrônico, o que resultou na criação de um centro tecnológico industrial. A agricultura também representa uma importante fatia na economia do município (IBGE, 2017).

Quanto à organização da gestão municipal de saúde, ela atua como habilitada como Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território. O município dispõe de uma secretaria de saúde que atualmente gerencia 72,67% de cobertura de ESF, chegando a 87,76% de EAB (e-GESTOR, 2018) e entre os principais serviços e estabelecimentos cadastrados no CNES, atualmente destacam-se:

- 18 equipes de Estratégia Saúde da Família;
- 12 equipes de Saúde Bucal;
- 1 Farmácia Central;
- 1 COAS
- 1 CAPS II;
- 2 equipes de NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família);
- 1 Academia da Saúde;
- 1 Centro de Reabilitação Ortopédica;
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas;
- 1 ambulatório de psicologia;
- 1 ambulatório central médico e odontológico (UBS);

- 1 ambulatório de cuidados ao pré-natal de alto risco e saúde da mulher;
- 1 centro de Vigilância em Saúde (epidemiológica e sanitária);
- Utiliza leitos hospitalares de dois hospitais privados via convênio SUS (Hospital São Lucas e Policlínica)
- Dispõe de COAPES (contrato organizativo de ação pública ensino-saúde) com 3 instituições de nível superior e 2 de nível médio onde disponibiliza a rede como cenários de prática.

O anexo A, dispõe do organograma vigente atualmente na Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco, que ilustra a disposição de cargos, setores, departamentos e coordenações dos serviços de atenção à saúde.

4.5 Estudos prévios e relacionados ao tema

A literatura sobre este tema é predominantemente voltada a documentos oficiais, legislações e normativas redigidos para as três esferas governamentais. Enquanto que pesquisas e demais estudos com uso destes instrumentos se apresentam de forma mais limitada. Aqui, são apresentadas pesquisas que utilizaram instrumentos de gestão como base de análise e que dispõe de relação com tema deste estudo.

Saliba et al (2013) realizaram estudo com objetivo de analisar os planos de saúde de três municípios do estado de São Paulo, quanto ao atendimento aos preceitos legais que regem o SUS, sua constituição e apresentação dos itens essenciais. Por meio de uma análise documental, concluíram que nem todos os planos apresentaram a análise situacional. Além disso, apenas um deles fez análise crítica dos seus dados epidemiológicos e descreveu a receita financeira de seu município. Os autores ainda observaram dados desatualizados com deficiência dos planos apresentados, e sugerem educação permanente dos gestores quanto à importância de uma elaboração sistemática dos planos de saúde, e participação mais efetiva dos conselhos de saúde.

Schons e Flores (2016), tiveram como objetivo do seu estudo identificar os elementos dos Relatórios Quadrimestrais presentes no Plano Municipal de Saúde 2014–2017, da Secretaria Municipal de Saúde de Montenegro/RS. Para isso buscaram identificar possíveis encaminhamentos, visando o aprimoramento e a execução do Plano Municipal de Saúde. Também visaram consolidar uma metodologia de análise dos dados que pudesse potencializar o aprimoramento do Plano Municipal Saúde. Através de análise documental, eles encontraram pontos de fragilidade para o efetivo aprimoramento e a execução plena PAS. Como desproporcionalidade entre o número de profissionais atuantes em processos operacionais, em relação aos profissionais dedicados aos processos estratégicos. Concluíram que houve ausência denexo ou decorrência no tratamento dos dados e análise destes em relação à prática da gestão.

Quanto ao conhecimento dos gestores sobre o PMS, Freitas et al (2013) analisaram municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná, quanto ao processo, dificuldade e relevância dos planos para gestão municipal. Através de estudo quantitativo exploratório, com oito secretários de saúde, eles concluíram que a elaboração dos planos apresenta limitações, necessidade de atualização dos gestores, necessidade de auxílio das demais esferas de gestão e mais participação dos demais profissionais de saúde. Todos concordaram na importância deste instrumento do processo de gestão municipal.

Reisdofer et al. (2012) relataram a experiência de construção do PMS de um município catarinense de pequeno porte. Eles observaram que para a construção do PMS foram realizadas diversas reuniões entre a comissão responsável e os demais atores envolvidos, com as seguintes etapas: definição da comissão, definição das etapas de trabalho, análise situacional, definição dos problemas prioritários, formulação dos objetivos, diretrizes e metas, Conferência Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão. Ao final do processo, concluíram que houve uma maior integração entre os diferentes setores do governo municipal, início de uma cultura de planejamento no setor saúde, priorização da Atenção Primária em Saúde e uma crescente mobilização Comunitária.

Esses estudos são fundamentais pois trouxeram informações sobre uso, principalmente, dos PMS, PAS e RAG em outros municípios abordando estratégias de construção e execução dos mesmos. Também, buscaram responder questões

importantes como grau de conhecimento dos gestores sobre seus Planos de Saúde, experiência na elaboração destes documentos e análise comparativa entre municípios. Dados fundamentais para subsidiar informações e delineamentos que contribuíram não apenas com este estudo, mas com a literatura vigente sobre o tema.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa eminentemente documental, de caráter descritivo. Segundo Andrade (2004), em estudos descritivos, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados, e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Já Castro (1976) considera que a pesquisa descritiva apenas captura e mostra o cenário de uma situação, expressa em números. Além disso, afirma que a natureza da relação entre variáveis é feita na pesquisa explicativa.

Considerando a necessidade de realizar um estudo cujo tema delimitado diz respeito aos instrumentos de gestão, optamos por nos delimitarmos a um município apenas, como fonte dos dados, visto que serão explorados em sua totalidade, seus instrumentos de planejamento. Ou seja, ao buscarmos relacionar as metas alcançadas, cada PAS será confrontada com o RAG respectivo, gerando volume significativo de informação.

Para o procedimento de coleta de dados, nos fundamentamos na coleta de dados secundários, em acesso de domínio público do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), na página do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS (SARG-SUS) no endereço eletrônico: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>. Nele serão obtidos o PMS de Pato Branco-PR (2014-2017), as quatro PAS respectivas a estes anos e os quatro RAG também respectivos ao mesmo período. A análise dos dados será qualitativa e observará as conformidades com a legislação vigente em relação aos Sistemas de Planejamento do SUS (DATASUS). Para quantificar os avanços que a gestão municipal de saúde conquistou ao longo do período de quatro anos, serão analisados e relacionados em cada PAS o quantitativo de metas pactuadas, e nos RAG da mesma forma, para metas executadas.

Quanto aos aspectos éticos, os dados utilizados serão retirados de bases secundárias de domínio público, não sendo necessário o encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa.

6.RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Análise do Plano Municipal de Saúde

Quanto aos instrumentos de gestão de Pato Branco (2014-2017), o PMS foi inicialmente analisado, pois é a partir dele que foi analisada cada PAS e seu respectivo RAG. Isso se deve ao fato, de que uma análise somente do PMS não contemplaria as especificidades que estes últimos documentos conseguem demonstrar, quando se busca analisar o desempenho de uma gestão municipal de saúde. Visto que a PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PS e o Relatório Anual de Gestão (RAG) o instrumento que apresenta os resultados alcançados (BRASIL, 2006).

Quanto aos elementos apresentados no PMS de Pato Branco-PR (2014-2017) ele cita no início do documento todos os setores e departamentos da secretaria municipal de saúde, mas não deixa claro se ocorreu um processo de construção coletiva e intersetorial advindo da participação destes setores, são eles:

Divisão de tecnologia e planejamento; Departamento de controle administração coordenação de projetos; Divisão de odontologia; Coordenação do centro de orientação e apoio sorológico-COAS; Divisão da reabilitação física e auditiva; Coordenação do programa mãe patobranquense; Divisão de transporte; Departamento de vigilância em saúde; Coordenação da estratégia saúde da família; Divisão de farmácia; Coordenação de Enfermagem; Coordenação do laboratório municipal de análises clínicas; Setor de tecnologia e informação; Coordenação dos programas coletivos de saúde; Coordenação do pronto atendimento; Diretoria do departamento de assistência à saúde; Coordenação de assistência social; Departamento de auditoria, controle e avaliação; Centro de atenção psicossocial-CAPS; Divisão de vigilância epidemiológica (PMS DE PATO BRANCO, 2014-2017, p. 4).

Quanto à participação social na elaboração do PMS, o documento comprova a ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde, bem como descrição da composição de todo CMS. Apresenta missão, visão e valores onde expressa o compromisso com o fortalecimento da Política Municipal de Saúde na Atenção Primária, por meio de ações vinculadas às necessidades locais e regionais, privilegiando a prevenção, a humanização do atendimento, garantindo saúde para a população, com qualidade de vida.

O documento também traz em sua apresentação a defesa do instrumento de gestão, como ferramenta necessária para o desenvolvimento da gestão local em saúde, e afirma que “é necessário reiterar que o Plano apenas demarca um caminho a ser seguido pela gestão e representa o início de uma nova etapa de esforços para concretizá-lo e, para que isso aconteça, a participação de todos os sujeitos interessados na consolidação de um SUS ético, igualitário, universal e de qualidade é fundamental”.

Quanto à parte voltada ao que seria uma análise situacional, foi apresentada uma ampla descrição de informações relacionadas as características do município, dados epidemiológicos e informações administrativas, retiradas dos bancos de dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Núcleo Regional de Ensino (Pato Branco-PR), Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)/DATASUS/TABNET, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES).

O Anexo B, detalha as nove diretrizes propostas, dezesseis objetivos e cento e vinte e três metas publicadas no PMS (2014-2017) necessárias à compreensão dos documentos PAS e RAG. No Quadro 1 é possível observar de forma resumida tais diretrizes. Visto que foi a partir destas diretrizes que se elaboraram objetivos a serem alcançados. Então, as metas propostas para o alcance dos objetivos passam a ser descritas em cada PAS com maior detalhamento das ações a serem desenvolvidas para ser obter êxito com os objetivos. Ou seja, cada PAS foi elaborada para expressar aquilo que de fato operacionaliza as propostas do plano, ou seja, as ações a serem feitas no ano para cumprir as metas PMS.

Quadro 1 – Diretrizes propostas no Plano Municipal de Saúde de Pato Branco 2014-2017

Nº	Diretrizes do PMS	Conceito e aplicação
1	Garantia do acesso da população a serviços de saúde.	Aperfeiçoamento do sistema de saúde municipal e melhora do acesso. Diretriz voltada para metas de construção, reforma e readequação de espaços físicos/veículos/mobiliários.
2	Promoção da atenção integral à saúde da população através das Equipes da APS, Saúde da Família e NASF para todos os segmentos populacionais.	Garantia de prestação de serviços com equidade visando promoção proteção, tratamento e recuperação da saúde. Voltada a questões como: cadastramento, sistemas de informação, implantação de programas e realização de ações preventivas.
3	Promoção da atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.	Ampliação do acesso à atenção psicossocial. Eixo voltado a oferta de exames, geração de informações, oferta de projetos.
4	Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, relacionada à Saúde Bucal, preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal.	Atenção a saúde bucal. Questões voltadas a desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, aquisição de equipamentos, oferta de atendimentos e implantação de serviços.
5	Garantia acesso da população aos medicamentos conforme Relação Municipal de Medicamentos.	Implantação e qualificação da Política de Assistência Farmacêutica. Diretriz relacionada com readequação de espaço físico, aquisição de medicamentos.
6	Assegurar a execução das ações de vigilância em saúde,	Obtenção de dados e controle de fatores relacionados a situação de saúde da população. Eixo voltado a manutenção e melhora dos setores de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, do trabalhador e ambiental).
7	Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.	Oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares. Diretriz voltada para atenção secundária e terciária.
8	Garantia o acesso da população aos serviços de Urgência e Emergência.	Eixo voltado para manutenção e aprimoramento da Rede de Urgência e Emergência pela ampliação da capacidade resolutiva, manutenção de pactuações intermunicipais, garantia de insumos, serviços e recursos humanos.
9	Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão	Diretriz relacionada com fortalecimento da gestão e sua capacidade resolutiva e administrativa. Engloba metas voltadas a participação social (conselho de saúde) e o setor de ouvidoria municipal.

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis no Plano Municipal de Saúde disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 17 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

6.2 Análise das PAS e RAG (2014-2017)

As tabelas 1, 2, 3 e 4 descrevem os resultados obtidos em cada ano de gestão referente a análise comparativa e detalhada entre as diretrizes, objetivos e metas que estavam previstas no PMS (anexo B) e a inserção delas a cada PAS, e os resultados publicados no RAG respectivo. Os dados apresentados também mostram a quantidade de metas executadas parcialmente, totalmente e as que estavam previstas e não foram executadas. Essas informações são importantes para uma compreensão do desempenho em cada ano da gestão.

Em 2014, foram previstas 71 metas para serem executadas, sendo que apenas 15 metas foram executadas totalmente, e estavam relacionadas as diretrizes 1, 2, 4 e 9 que estão detalhadas na tabela 1. Ou seja, foi possível executar totalmente a construção da Unidade Básica de Saúde Alvorada, e a reforma da Unidade básica de Saúde São Roque do Chopim (diretriz 1, objetivo 1) que dizia respeito à população ter acesso integral aos serviços de saúde.

A diretriz 2, por sua vez, sobre promoção integral à saúde, teve dois objetivos com metas alcançadas totalmente: objetivo 3 sobre o NASF e objetivo 5 sobre o serviço social, tendo este cumprido totalmente todas as metas citadas na PAS 2014.

A diretriz 4, sobre garantia de acesso em saúde bucal teve duas metas totalmente cumpridas, sobre as ações de promoção e prevenção em saúde bucal e a ampliação de ESBs.

A última diretriz a apresentar metas totalmente executadas, foi sobre Gestão no Planejamento e da informação em saúde, mas apenas nos objetivos 2 e 3 relacionados a Gestão participativa e Controle Social, e as ações do Sistema Municipal de Auditoria. Vale destacarmos que apenas uma meta relacionada a diretriz 2 e objetivo 4, sobre o laboratório municipal não foi executada e estava prevista, foi programado aquisição de 1 equipamento que não fora realizada, mas no RAG referente não consta justificativa sobre o não cumprimento.

Tabela 1 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2014 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.

Diretrizes do PMS	Objetivo de cada diretriz do PMS	Total de Metas do PMS	Total de Metas do PMS citadas na PAS	Total de metas da PAS executadas parcialmente	Total de metas da PAS executadas totalmente	Total de metas da PAS não executadas
1	1	20	13	11	2	-
	2	3	3	3	-	-
2	1	7	5	5	-	-
	2	10	5	5	-	-
	3	5	5	1	4	-
	4	3	3	2	-	1
	5	7	4	-	4	-
3	1	7	3	3	-	-
4	1	8	4	2	2	-
5	1	5	5	5	-	-
6	1	13	5	5	-	-
7	1	15	5	5	-	-
8	1	11	4	4	-	-
9	1	6	4	4	-	-
	2	2	2	-	2	-
	3	1	1	-	1	-
Total	16	123	71	55	15	1

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

Quanto ao ano de 2015, foi possível observarmos pelos dados da tabela 2, um aumento considerável sobre as metas executadas totalmente, que eram 15 em 2014, e neste ano o resultado foram 46. O destaque foi para a diretriz 2 e objetivo 5 sobre serviço social, que cumpriu o maior número de metas previstas em relação as demais. Porém, na contramão das execuções crescentes desde 2014, houve também em 2015, uma elevação no número de metas previstas e não cumpridas a mais do que no ano anterior, que teve apenas 1, sendo que em 2015, o número foi de 5 metas não previstas não cumpridas. Sendo essas relacionadas respectivamente com construção, implantação de central de agendamentos, aquisição de equipamento, integração de sistemas de informação com rede estadual e implantação de serviço odontológico de urgência na UPA. O RAG traz apenas justificativas relacionadas a indicadores parcialmente obtidos.

Tabela 2 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2015 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.

Diretrizes do PMS	Objetivo de cada diretriz do PMS	Total de Metas do PMS	Total de Metas do PMS citadas na PAS	Total de metas da PAS executadas parcialmente	Total de metas da PAS executadas totalmente	Total de metas da PAS não executadas
1	1	20	14	10	3	1
	2	3	3	-	3	-
2	1	7	5	2	2	1
	2	10	10	3	7	-
	3	5	5	2	3	-
	4	3	3	2	-	1
	5	7	7	-	7	-
3	1	7	3	3	-	-
4	1	8	7	5	2	-
5	1	5	5	5	-	-
6	1	13	9	6	3	-
7	1	15	14	7	6	1
8	1	11	11	4	6	1
	1	6	5	4	1	-
	2	2	2	-	2	-
9	1	6	5	4	1	-
	3	1	1	-	1	-
Total	16	123	104	53	46	5

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

A tabela 3 que expressa todos os resultados referentes ao ano de 2016, demonstra desempenho positivo em relação ao ano anterior, quanto às metas executadas parcialmente e totalmente, tendo a primeira quantidade diminuída e a segunda, inversamente proporcional, sendo que teve quantitativo final aumentado. No entanto, as metas previstas e não executadas aumentaram para 7 neste ano. Para esse quesito, foi possível observar que se repetiram os insucessos nas mesmas diretrizes do ano anterior, com acréscimo apenas de uma nova, a diretriz 3, e objetivo 1, sobre atenção à saúde mental, que previa manutenção de pacientes em atividades no CAPS de 4 a 8 horas diárias, se necessário, inclusive com oferta de lanche e almoço, e execução de atividades. A diretriz 7, e objetivo 1, sobre a garantia de serviços de média e alta complexidade, teve o pior desempenho, pois partiu de 1 meta não alcançada para 3.

Tabela 3 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2016 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.

Diretrizes do PMS	Objetivo de cada diretriz do PMS	Total de Metas do PMS	Total de Metas do PMS citadas na PAS	Total de metas da PAS executadas parcialmente	Total de metas da PAS executadas totalmente	Total de metas da PAS não executadas
1	1	20	12	5	6	1
	2	3	-	-	-	-
2	1	7	2	1	-	1
	2	10	10	3	7	-
	3	5	5	1	4	-
	4	3	3	2	-	1
	5	7	7	-	7	-
3	1	7	4	2	1	1
4	1	8	7	4	3	-
5	1	5	5	1	4	-
6	1	13	12	3	9	-
7	1	15	14	4	7	3
8	1	11	11	2	8	1
	1	6	5	1	4	-
	2	2	2	-	2	-
9	3	1	1	-	1	-
	Total	16	123	100	29	64

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

Quanto a observação exclusiva do ano de 2017, esta mostrou desempenho menos uniforme na evolução crescente de execuções totais das metas previstas. A tabela 4, demonstra um aumento no número de metas previstas e não executadas em relação aos anos anteriores. Nesse período, uma nova diretriz soma-se a esses valores. A diretriz 4, objetivo 1, sobre saúde bucal, teve 2 metas não alcançadas. Porém, o número de metas executadas totalmente foi sutilmente elevado.

Tabela 4 – Número de metas do PMS previstas e executadas de acordo com a PAS e o RAG de 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.

Diretrizes do PMS	Objetivo de cada diretriz do PMS	Total de Metas do PMS	Total de Metas do PMS citadas na PAS	Total de metas da PAS executadas parcialmente	Total de metas da PAS executadas totalmente	Total de metas da PAS não executadas
1	1	20	5	1	3	1
	2	3	-	-	-	-
2	1	7	3	1	1	1
	2	10	10	4	6	-
	3	5	5	-	5	-
	4	3	3	-	3	-
	5	7	7	-	7	-
3	1	7	3	1	1	1
4	1	8	6	2	2	2
5	1	5	3	1	2	-
6	1	13	8	2	6	-
7	1	15	13	5	6	2
8	1	11	7	-	6	1
9	1	6	4	3	1	-
	2	2	2	-	2	-
	3	1	1	-	1	-
Total	16	123	80	20	52	8

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

A tabela 5 demonstra informações condensadas referentes a quantidade de metas executadas parcialmente, totalmente e as que estavam previstas e não foram executadas, em um comparativo para cada ano do período de gestão estudado. Nela, é expressado os valores em porcentagem e considera como 100% o número de metas previstas em cada PAS, nos mostra que neste quesito em 2016, o resultado foi de 64%, e em 2017, esse número passou para 65%. Os valores percentuais, em relação ao que fora previsto para cada ano, demonstra queda gradual nos percentuais de metas executadas parcialmente. E que o ano de 2015, teve a maior proximidade percentual entre metas executadas parcialmente e totalmente. Vale destacarmos o aumento gradual ao longo dos quatro anos do PMS de metas não executadas, sendo o último ano, 2017, com maior valor, sendo ele o de 10%.

Tabela 5 – Percentual de metas do PMS previstas e executadas conforme as PAS o os RAG de 2014 a 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR.

Ano	Total de Metas do PMS citadas na PAS (100%)	Total de metas da PAS executadas parcialmente (%)	Total de metas da PAS executadas totalmente (%)	Total de metas da PAS não executadas (%)
2014	71	77,46	21,12	1,40
2015	104	50,96	44,23	4,80
2016	100	29	64	7
2017	80	25	65	10
Total (média)	88,75	46,10	48,58	5,8

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. **(DATASUS); (SARGSUS)**. (2018).

A tabela 6 expressa os números obtidos de metas executadas parcialmente, totalmente, e não executadas ao longo dos quatro anos de gestão, sob a ótica das diretrizes e não dos anos de cada PAS e RAG. Foi possível percebermos que nenhuma das nove diretrizes teve todas suas metas executadas totalmente. Sendo a diretriz 6, sobre vigilância em saúde, a que mais se aproximou do que fora previsto no PMS, que apresentou 13 metas, e executou totalmente 12 delas.

Tabela 6 – Número total de metas do PMS de acordo com cada diretriz e seus desfechos de execução conforme os RAG de 2014 a 2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Pato Branco-PR*

Diretrizes do PMS	Total de Metas do PMS	Total de metas da PMS executadas parcialmente	Total de metas da PAS executadas totalmente	Total de metas da PAS não executadas	Metas do PMS não citadas nas PAS
1ª DIRETRIZ: Garantia do acesso da população a serviços de saúde.	23	2	17	1	3
2ª DIRETRIZ: Promoção da atenção integral à saúde da população através das Equipes da APS, Saúde da Família e NASF para todos os segmentos populacionais.	32	4	27	-	1
3ª DIRETRIZ – Promoção da atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas.	7	2	2	1	2
4ª. Diretriz – Garantia de acesso da população a serviços de qualidade, relacionada à Saúde Bucal, preconizadas pela Política Nacional de Saúde Bucal.	8	4	3	-	1
5ª Diretriz – Garantia acesso da população aos medicamentos conforme Relação Municipal de Medicamentos.	5	1	4	-	-
6ª Diretriz – Assegurar a execução das ações de vigilância em saúde,	13	1	12	-	-
7ª Diretriz - Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.	15	6	7	1	1
8ª Diretriz – Garantia o acesso da população aos serviços de Urgência e Emergência.	11	2	8	1	-
9ª Diretriz - Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão	9	1	7	-	1
Total	123	23	87	4	9

* Foi considerado o desfecho mais relevante para cada meta do PMS, levando em conta os 4 anos do PMS e no mínimo a constatação de 1 destes desfechos priorizados respectivamente como mais relevante: meta executadas totalmente>meta executada parcialmente>meta não executada>meta citada no PMS e ausente nas PAS.

Fonte: Elaborada pelo autor a partir dos dados disponíveis em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018. (DATASUS); (SARGSUS). (2018).

Ao analisarmos os resultados apresentados de cada ano de gestão, constatamos que o ano de 2014, foi o que apresentou o menor número de metas executadas totalmente, apenas 21,12% do previsto na PAS de referência. Vale destacarmos que, embora fosse o segundo ano de gestão da equipe naquela época, esse era o primeiro ano de execução da PAS construído pela gestão municipal, visto que em 2013, essa equipe estava cumprindo o último ano do PMS da gestão anterior. Nessa época, é possível que a secretaria municipal de saúde estivesse se adequando ao novo PMS, mas o número é baixo considerando que se tratava de uma PAS que a mesma gestão planejou.

As metas que obtiveram sucesso de execução, foram as que estavam relacionadas a ações, como: finalização de obras e reformas, ações de serviços já em funcionamento como NASF, por exemplo, e a ampliação de equipes por contratações de concursos previstos. Essas ações em já estavam em andamento desde a gestão anterior, e por isso previstas no PMS (2010-2013). Ocorre que no primeiro ano de gestão do governo estudado, 2013, o gestor municipal de saúde executou ações deste PMS anterior e iniciou a elaboração do seu PMS com vigência em 2014, e que é o PMS objeto de estudo nesta pesquisa. Dessa forma, muitas metas previstas na PAS 2014 buscavam finalizar ações já em execução, o que pode ter facilitado os resultados positivos de execução de obras já em 2014.

Quanto à diretriz que envolve a manutenção e participação de conselho municipal de saúde, ouvidoria e auditoria, e que se mantiveram em execução total, não nos surpreende no desempenho, pois são eixos que dificilmente deixam de ser assistidos pela secretaria de saúde. Segundo a resolução nº 333/2003, a manutenção do conselho municipal de saúde é fundamental, não apenas à participação social, mas administrativamente, pois os próprios instrumentos de gestão necessitam de aprovação do mesmo, para seguimento nos trâmites legais de publicação (BRASIL, 2003).

Quanto à continuidade das ações de auditoria, tendo em vista a necessidade de regulação, principalmente com serviços de média e alta complexidade, e os impactos financeiros de aquisição de recurso, que poderiam ocorrer se não houvesse atenção da gestão em olhar para esses serviços. Pato Branco detém a Gestão Plena do Sistema, caso em que os recursos referentes à Atenção Básica e aqueles relativos à assistência de média e alta complexidade, são transferidos do Fundo Nacional para

os Fundos Municipais de Saúde, segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 3003, p. 22).

Seguindo o avanço nos anos de gestão do PMS, 2015 foi um ano onde a secretaria municipal de saúde conseguiu planejar mais ações previstas na PAS do que no ano anterior que fora de 71, já em 2015, a PAS trouxe 104 metas e suas respectivas ações para serem cumpridas dentro das nove diretrizes. Conseqüentemente, houve um aumento das metas executadas totalmente e na comparação com RAG respectivo, pode-se findar o ano de gestão com 46 metas cumpridas em suas totalidades. Vale destacarmos que há elevação do número de metas que estavam previstas e não foram executadas, nem ao menos parcialmente, teve elevação também. A questão é que o RAG, não traz justificativas para isso, publicando apenas textos em que a secretaria de saúde informa os motivos de resultados parciais alcançados, mas em relação a indicadores pactuados, como é o caso dos indicadores do SISPACTO, “rol único de indicadores a ser utilizado pelos gestores no processo de planejamento de cada ente, em consonância com o planejamento regional integrado” (BRASIL, 2013, p. 11).

Quanto ao RAG, o documento aponta falhas, enquanto instrumento de gestão, pois traz pouco esclarecimento de causa. O fato de não explorar os motivos de eventuais não cumprimentos desequilibra o processo de avaliação e monitoramento no processo de planejamento estratégico situacional. O fato dos erros no RAG persistirem e não haver explicações sobre tais, sugere falha no monitoramento, o que leva a não intervenção de um eventual problema. Como afirma Garcia (2001), no que concerne aos aspectos do monitoramento, este é um processo sistemático e contínuo, que produz informações sintéticas em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional, propiciando uma intervenção oportuna.

Em 2016, houve o ápice dos números de metas cumpridas em sua totalidade, como o número de 64. A tabela 3, mostra na coluna sobre metas executadas totalmente, as que não apresentaram esse resultado. Elas diziam respeito à aquisição de equipamento, implantação de agendamento por telefone 0800, e aprimoramento da rede de urgência. Sobre a diretriz 1, e objetivo 2, referentes à estrutura física de pronto socorro, ela consta na tabela por fazer parte do rol de diretrizes, mas fica explícito que a meta nem chegou a ser publicada na PAS de 2016, pois já havia sido executada no ano anterior, e por isso se justifica. Porém, nesse caso, é possível supor

também que falhas na redação do texto resultaram em avaliação negativa à gestão da saúde, devido aos números apresentados. Pois, novamente pela terceira vez, a gestão inseriu em sua PAS a meta “Implantar Central de Agendamento de consultas e exames com regulação com número 0800” (PAS, 2016.p.11) pertencente a diretriz 2, e objetivo 1, e não cumpriu a mesma nos dois anos anteriores, sem justificar nos RAG. O mesmo ocorreu com a meta “Aquisição de equipamento de Hematologia e Imunologia” (PAS, 2016. p.16) referente a diretriz 2, e objetivo 4, também prevista nos anos anteriores e não executada, e sem justificar nos RAG.

A reflexão que se faz aqui é sobre um possível processo de monitoramento aquém do desejado, pois se em dois anos anteriores essas metas previstas, por algum motivo, não puderam ser executadas, deveria se rever os motivos que estão impedindo a execução, e prever ações para sanar o fator complicador, caso contrário, prever a mesma meta novamente, é fato que geraria o mesmo resultado. E isso implica, quando uma análise de dados é feita, em impacto negativo a gestão, quanto ao seu desempenho. Talvez seria prudente não prever essa meta no documento, a deixando para próxima PAS, evitando sua computação como meta não cumprida totalmente.

Ainda abordando os resultados das ações realizadas para cumprimento da PAS 2016, foi possível observarmos e adiantarmos que a diretriz 1, e objetivo 1, que trata da garantia de acesso e aprimoramento da rede de atenção à saúde, teve o maior número de metas cumpridas totalmente em todos os anos da gestão. São metas bem específicas, sobre construção de unidades de saúde, reformas e aquisição de veículos. Nesse ano, foram construídas e inauguradas no município três Unidades de Saúde da Família (metas 1, 2 e 4), construção da Academia da Saúde (meta 5), reforma do departamento de Vigilância em Saúde (meta 13) e aquisição de veículos para Atenção Primária (meta 18). Com certeza, houve grandes esforços da gestão em saúde, em atingir o cumprimento dessas metas. O que chama atenção é que nesse ano analisado, essas metas com características bem marcantes voltadas a um bem estrutural visível, inclusive pela população, foram as que receberam maior engajamento. É possível provocar a discussão inclusive com outros elementos do universo político, como o fato de em 2016 estarem ocorrendo as eleições municipais em que governo atual disputou reeleição. Pelo fato, de que as interferências políticas

na gestão em saúde, são aspectos que devem ser levados em consideração quando se analisam tais fatores.

No ano de 2017, é significativa a observação do período com maior número de metas previstas e não executadas, nem ao menos parcialmente. Além disso, chama atenção que nesse ano duas metas das que foram divulgadas como não executadas, eram da atenção em saúde bucal. É importante destacarmos aspectos peculiares que ocorriam nesse ano. Foi o primeiro ano de um novo período de gestão municipal, houve reeleição, e o executivo continuou os trabalhos, mas houve troca de gestor na secretaria de saúde (RAG, 2017. p. 1) e conseqüentemente, o grupo de trabalho da gestão municipal também sofreu alterações. A exemplo disso, foi a retirada da coordenação de odontologia, que passou a ser feita pelo quadro de enfermeiros coordenadores das Estratégias de Saúde da Família, e só foi retomada no ano de 2018, ano de um novo PMS ainda vigente.

Quanto à análise de desempenho feita, não mais pelo ano de gestão, mas voltada para as diretrizes propostas no PMS, independente do período, a tabela 6 expressa que não houve nenhuma das nove diretrizes que alcançou 100% de metas previstas, e executadas totalmente, e que apenas as ações de vigilância em saúde estavam no eixo que mais se aproximou de contemplar a totalidade de metas previstas.

A análise documental, mostrou que nove metas expressas no PMS não chegaram a ser citadas nas PAS, o que sugere processo de monitoramento e revisão dos textos aquém do desejado. Isso sugere fragilidade no processo administrativo de elaboração do documento, o que compromete novamente o monitoramento e avaliação da gestão (GARCIA, 2003).

Ainda na análise de dados da gestão, a diretriz 1, objetivo 1, sobre garantia do acesso da população a serviços de saúde, apresentava a meta 7 como: Construir estrutura Física para implantação da Clínica Odontológica Pediátrica (PMS 2014-2017. p. 40). O que chama atenção, é que nos quatro anos analisados, era possível ter visto que não havia possibilidade de cumprimento dela, se fosse o caso, para justificar a não execução. Isso direciona para discussão sobre a origem das metas e sua construção. Talvez a gestão desconhecesse todo o caminho que necessitaria de apoio para execução de uma meta assim, ou ainda, se haveria apoiadores, e por fim, de onde partiu essa meta, da própria gestão na vontade de ampliar um serviço destes?

Sua inclusão no PMS partiu de um clamor populacional? Ou por meio de relatórios de conferência municipal de saúde? (BRASIL, 2003, p.9).

Isso é importante, pois toda essa reflexão poderia contribuir para uma reformulação na redação do texto. Como por exemplo citar como meta a elaboração de estudo de viabilidade, para a construção de uma clínica assim, ou ainda citar como meta a elaboração do projeto de implantação do referido ponto de atenção.

Assim, a elaboração realizada computaria para o rol de metas executadas e serviria como base para continuidade da ideia. Uma possível falta de análise ou compreensão prévia de metas inseridas no PMS, pode ser danoso ao gestor partindo-se do princípio de uma análise apenas dos instrumentos de gestão, ao se querer obter o desempenho da gestão em saúde. A inserção de metas altamente complexas e que não permitem resultados parciais, aqui citada a questão de obra de construção, pode ser perigosa quando incluídas no PMS sem muitos critérios. É possível atribuir esse caso à provável falta de recurso para esse fim, ainda mais por ser uma obra de construção.

Outra razão para isso é que as PAS não apresentavam uma relação de metas propostas com dotação orçamentária de cada uma. Bem como, origem dos recursos e vinculações, o que está em desacordo com literatura vigente, assim demonstra incoerência entre metas e orçamento previsto.

A Programação Anual de Saúde descreve as ações e seus respectivos recursos financeiros planejados (CHAGA et al, 2016p.43). Análise que corrobora com os achados de Saliba (2013, p.227) que ao analisar três municípios do estado de São Paulo, quanto aos aspectos de seus PMS, concluiu que os planos analisados apresentavam quadro de metas. Porém, a questão das estimativas de gastos para o alcance dessas metas não foi abordada, ocorrendo apenas a citação das fontes de capacitação de recursos, como recursos municipais e estaduais.

Sugere-se também, nesse caso, uma atuação superficial do CMS quanto à análise dos RAG, visto que por 3 vezes as PAS apresentaram essa meta e seu descumprimento, e novamente era aprovada na próxima programação. Inclusive o fato de o CMS aprovar documentos com elaboração incompleta, também sugere baixa capacidade analítica de gestão.

A resolução nº 333 que aponta as competências do CMS, afirma no inciso XV a necessidade de analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação

de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento (BRASIL, 2003, p.10).

No que diz respeito a análise do PMS como instrumento de gestão e seu processo de construção, embora o documento cite aprovação do Conselho Municipal de Saúde e todos os setores da secretaria de saúde inseridos, não foi descrito o processo de construção do documento. Isso é fundamental, principalmente pela contribuição que o PMS tem para com a sequência ascendente nas demais esferas de gestão, e seja de fato útil para compor a elaboração de outros instrumentos como PPA, LDO e LOA (GONTIJO, 2015).

Além do processo de planejamento detalhado (MORAIS, 2012), não menos importante e que vem previamente a isso é a análise situacional. Ela é necessária na elaboração deste tipo de documento para gestão pública, e o Sistema de Planejamento do SUS descreve que:

O Plano de Saúde deve compreender dois momentos: análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. Inserido nesses tópicos são propostos eixos como condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde; determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e gestão em saúde (PLANEJA SUS, 2009, p. 38).

As explicações do Planeja SUS são claras e norteiam que análise situacional, momento onde se buscará conhecer condições de vida da população, seus determinantes e condicionantes de saúde, são fatores primordiais para a compreensão da realidade e assim levar a construção de objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. Por isso, ao nos referirmos ao planejamento no SUS atualmente, é necessário abordarmos o planejamento estratégico situacional, como cita Mottin (1999):

O planejamento, para o governo, deve ser uma ferramenta potente e de utilidade prática, auxiliando o governante a resolver problemas. Precisa constituir-se como processo interativo que envolve vários sujeitos, necessitando de um cálculo estratégico, de natureza política, segundo a proposta do PES [...] o conceito de situação, termo que dá nome ao PES, é trabalhado a partir da percepção, segundo a qual dentro do mesmo cenário pode-se ter várias percepções diferentes e consiste em recorte ou leitura da realidade feita por um ator social. Este, faz a leitura da realidade, nela está inserido; portanto, a leitura estará condicionada pela posição que ele ocupa,

reconhecendo que esta realidade abriga outros atores, os quais também planejam (MOTTIN, 1999, p. 40).

Quanto a descrição da situação geral do município, o PMS apresentou-os em consonância com o recomendado. Para Saliba (2013), um PMS deve apresentar dados “desde sua origem e formação, localização, demografia, distribuição de renda, escolaridade, oferta de recursos humanos na área da saúde, organização do sistema de saúde local, até suas condições de saúde, indicadores, rede ambulatorial e hospitalar instalada, além de informações sobre saneamento, rede de água e esgoto, coleta de lixo, enfim, tudo que possa influenciar na qualidade de vida dos residentes”.

Sobre isso, o documento analisado trouxe de forma muito rica apenas a descrição de dados epidemiológicos e administrativos, um grande compilado de informações oriundas, plataforma discricionárias, e já citadas anteriormente, de forma muito exploratória, mas com ausência de conclusões reflexivas sobre os dados. Ou seja, a identificação real dos problemas, parte fundamental de um planejamento estratégico.

A descrição dos dados do município por si só, não configura a análise situacional, embora esses dados sejam de extrema importância, sozinhos não conseguem expressar ou levar a identificação de um problema. Visto que análise situacional, consiste no processo de identificação, explicação e priorização de problemas em uma determinada realidade (GARCIA; REIS. 2016, p. 19).

Como o planejamento estratégico parte dos problemas identificados, o processo de identificação do que são de fato os problemas reais do gestor, é imprescindível para que efetivamente possam ser desenvolvidas estratégias de enfrentamento nestes problemas. Para identificá-los ARTMANN (2000) propõe algumas indagações sobre as várias causas do problema, e que entre elas estão as que serão os pontos de enfrentamento dele, os nós críticos:

Na seleção dos nós críticos, observam-se três critérios representados pelas seguintes perguntas que devem ser aplicadas a cada causa do problema: a) A intervenção sobre esta causa trará um impacto representativo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente? b) A causa constitui-se num centro prático de ação, ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal (mesmo que não seja pelo ator que explica)? c) É oportuno politicamente intervir? Quando todas as três questões são respondidas afirmativamente, o nó deve ser selecionado como crítico, ou seja, como ponto de enfrentamento (ARTMANN, 2000, p.11).

Isso corrobora o entendimento da ausência explicativa das origens e fundamentos para definição das diretrizes estabelecidas. O documento traz diretrizes muito bem definidas e conceituadas, mas não permite a compreensão dos motivos de escolha para as nove diretrizes com seus objetivos, metas e ações. Assim, não expressa uma construção coletiva, pois não afirma os pressupostos que a levaram a estabelecer tais diretrizes.

Sobre a construção do PMS o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (2017) orienta como o relatório final da Conferência Municipal de Saúde deve ser usado como referência para a construção do Plano Municipal de Saúde, e destaca que em seu conteúdo “o PMS deve ter a análise de situação de saúde do município, as ações para alcançar objetivos, diretrizes e metas, bem como os respectivos indicadores e a descrição do processo de monitoramento e avaliação” (CONASEMS, 2017, p. 41).

Entretanto, o PMS estudado carece de mencionar ao longo de sua elaboração a contribuição do conselho como ente participativo, o que se contrapõe a uma das competências do conselho em definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços (BRASIL, 2003, p. 9).

No caso do PMS de Pato Branco estudado, este poderia ter expressado os mecanismos que seriam utilizados para avaliação e monitoramento ao longo dos quatro anos, como, por exemplo, a realização de fóruns, simpósios, rodas de conversa, apresentações parciais de resultados, entre outras.

Ainda sobre a análise das PAS e seus respectivos RAG, é importante destacarmos que precisam ser dinâmicos e vivos no processo de execução das metas ao longo da gestão. Como observado anteriormente, muitas metas não executadas totalmente ou executadas parcialmente não estavam expressas nos RAG com justificativas, ou redirecionamentos do PMS, o que difere da orientação prevista na portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Segundo essa portaria, o artigo 6º afirma que “o Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde”, e acrescenta no inciso IV que “o Relatório de Gestão contemplará as

recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde”.

O ponto que aborda os RAG da gestão em saúde referente ao PMS 2014-2017 de Pato Branco-PR merece destaque, pois traz à luz uma reflexão sobre o quão efetivas têm sido tais ferramentas e com qual finalidade elas são construídas, e utilizadas. Não basta apenas a publicação dos relatórios de gestão, como função obrigatória conforme à legislação, mas estes precisam ser de fato analisados e monitorados pelos gestores e pela população.

Os RAG estudados apontam principalmente a ausência de justificativas para o que não pode ser cumprido, e ausência de plano de redirecionamento de estratégias para alcance de metas do PMS. Não parece ter sido dinâmico e isso traz severa implicações na gestão em saúde, que está sempre sofrendo interferência de causas externas ambientais, políticas, culturais, administrativas.

Carvalho (2012) aponta que em relação ao processo de monitoramento do Relatório Anual de Gestão, nos anos de 2007, 2008 e 2009, pesquisa realizada com 5564 municípios dentro dos prazos legais, respectivamente, 42%; 48% e 52% informaram aprovação nos conselhos de saúde, situação que evidenciava dificuldades na construção do respectivo instrumento, e conseqüente fragilidade no processo de planejamento. Isso vem de encontro ao que tem sido apresentado nesta análise, que há uma fragilidade tanto na construção desses documentos como principalmente no processo de monitoramento deles.

Sobre o monitoramento, é possível sugerirmos que ocorreram lacunas ou vazios não preenchidos por esse quesito, ou se foram, de forma aquém, do que a complexidade de metas propostas requeria. Justamente, por ser um PMS audacioso positivamente, um grande esforço de traçar uma estratégia de avaliação ao longo dos quatro anos, merecia mais atenção, e certamente os resultados relacionados à metas executadas totalmente, seriam mais positivos ainda.

Sobre isso, é preciso entendermos o papel da avaliação no processo de desenvolvimento de uma organização e compreendermos que a avaliação é um processo de aprendizagem, que pode apoiar pessoas e organizações a fazer escolhas mais consistentes, e também oferecer a esses atores a possibilidade de criar espaços de reflexão sobre a prática, desconstruir ideias vigentes ou construir sentidos comuns em relação a conceitos e discursos (SILVA; BRANDÃO, 2013).

Os documentos públicos analisados, tanto de forma ampla como o PMS e aos pares como ocorreu com as PAS e os RAG, em seus anos respectivos, não é determinável para responder se o desempenho da secretaria de saúde do município estudado foi bom ou ruim. Isso porque não há como resumir dicotomicamente um desempenho de gestão dessa forma, visto que o desenvolvimento das ações em saúde está atrelado a uma infinidade de outros fatores, muitos deles inclusive fogem da decisão do gestor de saúde. Todavia, é possível observarmos um desempenho favorável e acima do ponto mediano, visto que aproximadamente 90% de suas metas foram cumpridas parcialmente ou totalmente. Porém, os documentos trazem uma série de pontos já citados, que expressam uma deficiência em sua construção (PMS), e que não foi reparada ao longo das PAS, mostrando então o comprometimento com a avaliação e monitoramento aquém do desejado. É fato, que se espera que estes instrumentos de gestão não sejam de fato utilizados como requisito de aprovação em tramitações legais, apenas. Ao contrário, que seja estabelecida a sua finalidade e às devidas potencialidades destes, a fim de levar a um desempenho satisfatório de gestão, com a repercussão positiva de saúde na vida das pessoas.

Por isso, os planos de saúde devem estar apoiados numa análise ampla, multisetorial e interdisciplinar, que articule as distintas dimensões da realidade com diferentes atores, em torno de propostas concretas, soluções criativas para os problemas identificados. Além de acompanhar tais propostas, de modo a verificar o seu cumprimento, e o possível impacto sobre a situação de saúde considerada no plano (TEIXEIRA, 2004).

7. CONCLUSÃO

Ao longo dos quatro anos de execução do PMS, a secretaria de saúde de Pato Branco executou totalmente mais de 50% de suas metas previstas em 2 anos, ou seja, pelo menos em metade do período de gestão, não foi possível cumprir na totalidade nem metade de seu planejamento. Quanto as nove diretrizes norteadoras de ações, em nenhum dos quatro anos, foi possível obter 100% de suas metas executadas totalmente em alguma delas.

Quanto aos instrumentos de gestão, o PMS apresentava deficiências quanto a análise situacional, ao passo que predominava informações descritivas sobre os dados do município apenas. Além disso, as informações sobre dotação orçamentária e origem das receitas estavam escassas no documento. Outra fragilidade de elaboração foi a ausência de informações sobre o processo de construção do documento em si, não sendo possível identificar os fundamentos que levaram a escolha das metas planejadas como é o caso das propostas advindas de conferências municipais de saúde, levantamentos epidemiológicos, pactuações de indicadores em estâncias bipartite e tripartite. Já os instrumentos PAS e RAG também apresentavam alguns desencontros com o PMS, em relação aos objetivos e metas, principalmente o RAG não foi esclarecedor quanto às justificativas para as metas não cumpridas. Isso deixa a PAS frágil quanto instrumento necessário de monitoramento da gestão, visto não ter sido apresentado as formas de avaliação do processo de cumprimento das metas previstas.

É necessário novas pesquisas sejam realizadas sobre tais instrumentos de gestão, suas relações com os gestores de saúde, a forma de elaboração e aplicabilidade e métodos de monitoramento.

Este estudo teve como objetivo buscar uma compreensão quanto ao desempenho de gestão municipal em saúde pública na intenção de responder uma indagação de forma objetiva. Foi possível concluir que a secretaria municipal de saúde progrediu na execução de suas ações ao longo do período de gestão estudado. E, de forma positiva, obteve sucesso em grande parte do que fora planejado. Porém, seu desempenho, mesmo que satisfatório, demonstra necessidade de que novos estudos locais sejam realizados, principalmente relacionados as diretrizes com menos resultados exitosos.

REFERÊNCIAS

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

ARCARI, J. M. Qualidade da elaboração do relatório de gestão nos municípios da região de saúde 29: vales e montanhas. In: BORDIN, R. et al. **Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Evangraf, 2015.

ARTMANN E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. Cadernos da Oficina Social 3: Série Desenvolvimento. Rio de Janeiro: Coppe/UFRJ; 2000.

BERRETTA, I.Q; LACERDA, J.T; CALVO, M. C.M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília, 3ª edição, 156p, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/91**. Brasília; 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/93**. Brasília, 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica 01/96**. Brasília, 1996. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02**. Diário Oficial da União, 28 fev. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. **Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 57, 4 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **SARGSUS**. 2013. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/sargsus>>. Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. 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**. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 22 out. 2018.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.135, de 25 de setembro de 2013. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2013. Disponível

em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>.

Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal eletrônico E-Gestor**. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 03. nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS (Planeja SUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização**. 2009. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 5.052, de 21 de novembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em:

<http://www.camaratobranco.com.br/wp-content/uploads/2017/11/5052.pdf>>. Acesso em: 17 de set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html> Acesso em: 03 de abr de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF, 2003. 248 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf> Acesso em: 02 de abr de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. CONASEMS. **Orientação sobre conferências municipais de saúde.** Disponível em: <https://www.conasems.org.br/atencao-gestores-conferencias-municipais-de-saude-devem-ser-realizadas-ate-o-proximo-mes/>> Acesso em 01 de mai de 2019.

CASTRO, C. M. **Estrutura e apresentação de publicações científicas.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 70p.

CARVALHO, A. L. B; SOUZA, M. F; SHIMIZU, H. E; SENRA, I. M. V. B; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 17, n. 4, p. 901-911. 2012.

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. Sistemas de informação em saúde para municípios. **Série Saúde & Cidadania.** São Paulo, v. 6, 1998. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/saude-cidadania-vol-06-sistemas-de-informacao-em-saude-para-municipios-[443-090212-SES-MT]%20(1).pdf>. Acesso em: 02 out. 2018.

CHAGAS, A. A. A. et al. **Manual do Gestor Municipal do SUS: Diálogos do cotidiano.** CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ, 2016. 324p

CONASEMS. **Manual do gestor municipal do SUS: “Diálogos do Cotidiano”.** COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro. CEPESC/IMS/UERJ, 2016. p. 41-47. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf>. Acesso em: 03 set. 2018.

COSTA CRC. Descentralização, financiamento e regulamentação: a reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polít.** v. 18, p. 49-71. 2002.

FADEL, C.B et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v. 43, n. 2, p. 445-56, 2009.

FREITAS, G. M; BARATIERI, T; PILGER, C. Plano de Saúde dos municípios de uma regional de saúde do Paraná. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 3, n. 1, p. 122-132, 2013.

GARCIA, P. T; REIS, R. M. S. **Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**/ Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. 53f. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp06.pdf> Acesso em: 25 out. 2018.

GARCIA RC. **Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72/82>> Acesso em: 10 de abr de 2019.

GONTIJO, V. **Orçamento Brasil: instrumentos de planejamento e orçamento**. Brasília, DF: Congresso Nacional, Câmara dos Deputados, 2015. Disponível em: Acesso em: 10 de mai de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal eletrônico. IBGE**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/pato-branco/panorama>>. Acesso em 06 nov. 2018.

LIMA, L. D et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, A. C et al. DATASUS: o uso dos sistemas de informação na saúde pública revista. **Rev. FATEC Zona Sul**. v. 1, n.3, p. 16-31, 2015.

MORAIS, J. R. de. **Planejamento Estratégico: um estudo sobre a implantação do BSC no Ministério Público da Paraíba.** Trabalho de conclusão de curso, monografia, apresentada a Universidade Estadual da Paraíba, 2012, 44p.

MOTTIN, LM. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para os municípios: um estudo no Rio Grande do Sul.** Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 159p.

NASCIMENTO, A. B; EGRY, E. Y. Municipal health plans and the potentialities of recognition of health needs: a study on four Brazilian municipalities. **Saúde Soc. São Paulo.** v. 26, n.4, p. 861-871, 2017.

NÓBREGA, C. B. C et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 15, n. 1, p. 1763-1772, 2010.

PINHO, M. M. Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 690-695, mar. 2008.

REISDORFER, E et al. Plano Municipal de Saúde: um instrumento de transformação social. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 3, n. 4, p.97-102, 2012.

SALIBA, N. A, et al. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: análise do instrumento de gestão. **Biosci. J., Uberlândia,** v. 29, n. 1, p. 224-230, Jan./Fev. 2013.

SCHONS, S. A. F. S; FLORES, R. K. Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e Interface com os Relatórios Quadrimestrais de Gestão do Município de Montenegro (RS). **In Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: casos, análises e práticas.** Porto Alegre, Evangraf. p. 67-82. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/151579/001010591.pdf?sequencia=1>>. Acesso em: 02 set. 2018.

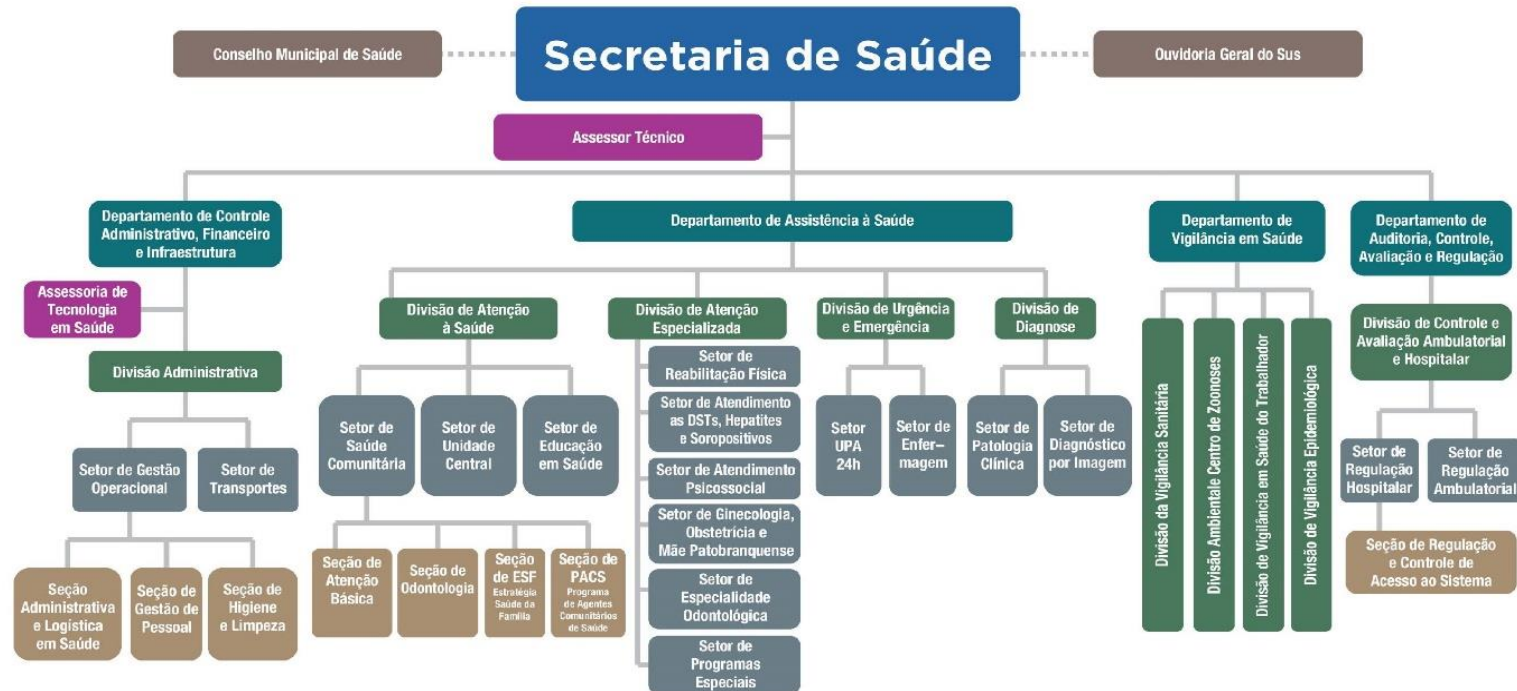
SILVA RR, BRANDÃO DB. Os Quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10(2), p. 59-66, 2003.

TEIXEIRA, C et al. **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Teixeira_Planejamento_gestao.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2018.

THIELE A. B. **Relatório anual de gestão: um modelo para o planejamento em saúde**, Florianópolis, 2009. (Trabalho de Conclusão de Curso) UFSC. Faculdade de Administração. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/120262>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

YOUSAFZAI, M; LAMB, C. **Eu sou Malala: A história da garota que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo Talibã**. Trad. Alessandra Esteche. Companhia das Letras: Rio de Janeiro, 2013.

ANEXO A – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PATO BRANCO-PR



ANEXO B

Quadro 1 – Composição das diretrizes, objetivos e metas apresentados no Plano Municipal de Saúde de Pato Branco-PR (2014/2017).

DIRETRIZ	OBJETIVO	META
1ª DIRETRIZ: Garantia do acesso da população a serviços de saúde de qualidade, mediante estruturação e investimentos na Rede de Serviços de Saúde – Atenção Primária à Saúde e nos serviços da Rede de Urgência e Emergência. (Blocos de Investimento: FNS, FES, FMS).	Objetivo 1: Aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde Municipal para que a população tenha acesso integral as ações e serviços de qualidade, e de forma oportuna na Rede de Atenção Básica à Saúde, para a redução das iniquidades e promoção da qualidade de vida da população do Município.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir Unidade Básica de Saúde no bairro São Cristovão. 2. Construir Unidade Básica de Saúde no bairro Industrial. 3. Construir Unidade Básica de Saúde no bairro Fraron. 4. Construir Unidade Básica de Saúde no bairro Novo Horizonte. 5. Construir Academia da Saúde do bairro La Salle. 6. Construir o Centro de Zoonoses. 7. Construir estrutura Física para implantação da Clínica Odontológica Pediátrica. 8. Concluir Academia da Saúde do bairro Pinheirinho. 9. Concluir Unidade Básica de Saúde do bairro Alvorada. 10. Viabilizar e/ou construir espaço físico amplo e acessível para o CAPS. 11. Reformar Unidade de Saúde no bairro São Roque do Chopim. 12. Reformar e ampliar os sanitários da Unidade de Saúde Central. 13. Reformar a estrutura física do Departamento de Vigilância Sanitária. 14. Reestrurar o espaço físico da Unidade Central de Saúde e espaço atual do Pronto Atendimento. 15. Melhorar o acesso à sala de Imunização da Unidade Central. 16. Adquirir equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde Alvorada e Pinheirinho (recursos vinculados). 17. Adquirir equipamentos para estruturar as unidades Básicas de Saúde. 18. Adquirir veículos para Atenção Primária. 19. Adquirir veículos para o CAPS, Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Transporte. 20. Adquirir veículo para o serviço itinerante do COAS.
	Objetivo 2: Aprimorar a Rede de Urgência e Emergência, com construção da Estrutura Física e aquisição de móveis e equipamentos, de modo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concluir a estrutura física da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). 2. Adquirir equipamentos e mobiliários para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (recursos vinculados). 3. Aquisição e/ou permuta de veículos para Unidade de Pronto Atendimento.

	a ampliar o acesso humanizado, integral, ágil e oportuno aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde.	
2ª.DIRETRIZ: Promoção da atenção integral à saúde da população através das Equipes da APS, Saúde da Família e NASF para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para a população mais vulnerável (criança, mulher, adolescentes e jovens, saúde do homem e idosos e saúde do trabalhador), e da adesão à assistência em Redes de Atenção à Saúde a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde.	Objetivo 1: Utilização de mecanismos que propiciem o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento e garantia das ações e serviços individuais e coletivos, que visem à promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde contemplando a Política de Nacional de Atenção Básica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cadastrar 100% da população no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB e/ou SISAB). 2. Melhorar o acesso da população aos Serviços de Laboratório, Farmácia e Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). 3. Informatizar toda Rede. 4. Implantar o Programa Melhor em Casa. 5. Implantar Central de Agendamento de consultas e exames com regulação com número 0800. 6. Gerenciamento de filas através de painel eletrônico. 7. Estruturar os Sistemas de Informação, contemplando todos os Programas.
	Objetivo 2: Fortalecer e ampliar as ações de promoção e prevenção, organizando as Redes de Atenção à Saúde, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar campanhas que contemplem grupos prioritários. 2. Atingir as metas referentes aos indicadores pactuados anualmente no SISPACTO. 3. Reorganização de fluxos e elaboração de protocolos. 4. Elaboração e aquisição de material educativo. 5. Manter adesão aos programas preconizados pelo Ministério da Saúde. 6. Garantir insumos, equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações. 7. Garantir manutenção corretiva e preventiva de equipamentos e estrutura física. 8. Aprimorar o gerenciamento de resíduos em Serviços de Saúde. 9. Manutenção de atividades de higienização e rouparia. 10. Manutenção da Central de Materiais e Esterilização.

	<p>Objetivo 3: O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da Saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Tem como diretrizes: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar Projeto Terapêutico Singular como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas com equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, se necessário. 2. Implantar o Apoio Matricial compartilhando e compartilhando saberes, ampliando a resolução dos problemas mais comuns. 3. Implantar Projeto de Saúde no Território como estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. 4. Implantar Ações Clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar. 5. Construir e pactuar Projeto de trabalho do NASF em conjunto com gestores, equipe de SF e Controle Social
	<p>Objetivo 4: Laboratório - Organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, definindo a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar Interfaceamento do sistema Win Saúde Módulo Laboratorial. 2. Implementar e qualificar a assistência laboratorial e centro de apoio diagnóstico, potencializando a capacidade de resposta da rede municipal de atenção à saúde. 3. Aquisição de equipamento de Hematologia e Imunologia.
	<p>Objetivo 5: O Serviço Social tem como principal objetivo garantir a equidade dos serviços de saúde dos usuários junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manutenção dos encaminhamentos de usuários para Tratamento Fora de Domicílio (TFD). 2. Manutenção da concessão de liberação dos serviços de hospedagem a usuários em Tratamento Fora de Domicílio. 3. Manutenção da Triagem social para concessão de órteses e próteses físicas, auditivas e visuais.

		<p>4. Manutenção da Triagem social para autorização de coleta de material destinado à confirmação de paternidade (exame de DNA, conforme Lei Municipal nº 2212 de 18 de dezembro de 2002).</p> <p>5. Manutenção dos atendimentos e acompanhamentos a demandas apresentadas pelas Unidades de Saúde da Família, Mãe Patobranquense.</p> <p>6. Manutenção dos atendimentos nos casos de óbito do usuário que estava em Tratamento Fora de Domicílio.</p> <p>7. Manutenção da Concessão de fórmulas alimentares a usuários SUS cadastrados no Projeto Cuidar é Possível.</p>
<p>3ª DIRETRIZ: Promoção da atenção à Saúde Mental, álcool e outras drogas, seguido da adesão à assistência em Redes de Atenção a serem implantadas pela Secretaria Estadual de Saúde e pelo Ministério da Saúde.</p>	<p>Objetivo 1: Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais.</p>	<p>1. Disponibilizar informações sobre saúde mental e uso correto de medicação, para toda a população do município de Pato Branco, através de material informativo impresso e da Mídia falada.</p> <p>2. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a implementação do Matriciamento as Equipes da Estratégia Saúde da Família, desenvolvido por profissional especializado em Saúde Mental.</p> <p>3. Fortalecer os serviços de atenção no CAPS II para o enfretamento das demandas relacionadas ao uso abusivo do crack, álcool e outras drogas.</p> <p>4. Realizar seminário de Saúde Mental.</p> <p>5. Realizar testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C para os usuários do CAPS como rotina.</p> <p>6. Ampliar os grupos da Oficina Terapêutica, e instituir psicoterapia de grupos para pacientes e familiares, e instituir uma Oficina Terapêutica para confecção de enxoval de bebê, em parceria com a Estratégia de Saúde da Família.</p> <p>7. Instituir ações que permitam a permanência dos pacientes, a critério da equipe, por 04 ou 08 horas diárias se necessário. Disponibilizando lanche e almoço para os pacientes que permanecerem por 08 horas no CAPS.</p>
<p>4ª. Diretriz: Garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das</p>	<p>Objetivo 1: A atenção à saúde bucal tem como principal objetivo a ampliação e qualificação do atendimento na atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de</p>	<p>1. Desenvolver ações de promoção e prevenção em Saúde Bucal.</p> <p>2. Adquirir equipamentos e Insumos utilizados para as ações de prevenção em Saúde Bucal.</p> <p>3. Elaborar projetos interinstitucionais para integração da saúde bucal com demais áreas de conhecimento.</p> <p>4. Ampliar as Equipes de Saúde Bucal, equiparando uma ESB por ESF.</p>

<p>necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da Política de Atenção Básica e da Atenção Especializada relacionada à Saúde Bucal preconizadas pela política Nacional de Saúde Bucal.</p>	<p>serviços que assegurem o atendimento nos níveis primário secundário e terciário para a integralidade da atenção.</p>	<p>5. Disponibilizar atendimento ambulatorial para as áreas sem cobertura da ESF com equipes fixas e equipe móvel. 6. Ampliar os Serviços de Atendimento de Especialidade no Centro de Especialidades Odontológicas. 7. Implantar Clínica Odontológica para referência da Rede Mãe paranaense. 8. Aperfeiçoamento do Sistema WIN SAUDE.</p>
<p>5ª Diretriz: Garantir acesso da população aos medicamentos conforme Relação Municipal de Medicamentos – (REMUME).</p>	<p>Objetivo 1: Implementar e qualificar a Política e a Gestão da Assistência Farmacêutica no município, garantindo a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos bem como, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, conforme REMUME (Relação Municipal de Medicamentos).</p>	<p>1. Ampliação do espaço físico. 2. Aquisição de medicamentos para Atenção Primária, Centro de Apoio Psicossocial, Triagem Social, e Urgência e Emergência, COAS (UDM). 3. Aquisição de móveis e equipamentos e insumos. 4. Planejamento da REMUME contemplando protocolos. 5. Manutenção de medicamentos considerados essenciais aos programas.</p>
<p>6ª Diretriz: Assegurar a execução das ações de vigilância em saúde, e a integração das equipes da Vigilância Epidemiológica e Sanitária com as equipes Saúde da Família na atenção a</p>	<p>Objetivo 1: A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios,</p>	<p>1. Desenvolver ações de vigilância em saúde conforme pactuações. 2. Desenvolver o Programa Estadual de Controle da Dengue, visando a prevenção de epidemias e óbitos. 3. Realizar investigação em 100% dos eventos adversos a saúde de qualquer natureza, de notificação compulsória, bem como outros eventos de interesse. 4. Investigar óbitos infantis (menor 01 ano), óbitos fetais e óbitos de mulheres em idade fértil. 5. Atingir as coberturas vacinais e a homogeneidade vacinal preconizadas pelo Ministério da Saúde.</p>

<p>vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das não transmissíveis, das imunopreveníveis, bem como às emergências; e que juntas fortaleçam a promoção da saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental e da Saúde do Trabalhador.</p>	<p>garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Manter a taxa de cura de hanseníase e tuberculose e redução da taxa de abandono ao tratamento conforme pactuação. 7. Aumentar, a taxa de detecção de portadores de Hepatite B e C. 8. Ampliar as notificações de agravos e doenças em saúde do trabalhador. 9. Ampliar a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro Residual e turbidez, tendo como referência a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem. 10. Implantação do Núcleo de Prevenção da Violência no município. 11. Reduzir o diagnóstico tardio da infecção por HIV e a transmissão vertical. 12. Reduzir a transmissão vertical de sífilis congênita em crianças. 13. Inspeccionar os estabelecimentos de interesse à saúde, considerados de maior risco.
<p>7ª Diretriz: Garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar em nível municipal, estadual e interestadual.</p>	<p>Objetivo 1: Prover Serviços Ambulatoriais e Hospitalares objetivando atender demanda regional e Programações Pactuadas e Integradas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar Central de Agendamento de consultas e exames. 2. Aquisição de equipamentos de informática e equipamentos para reabilitação física, auditiva e visual. 3. Pactuar leitos psiquiátricos para desintoxicação, bem como clínica e comunidade terapêutica. 4. Implementar o controle contínuo das transferências e aplicações de recursos por programa. 5. Ofertar serviços próprios em Apoio a Diagnose e Terapia de forma integral, descentralizada e qualitativa. 6. Contratualizar serviços de Apoio a Diagnose e Terapia não supridos pela capacidade instalada própria. 7. Contratualizar serviços hospitalares em média e alta complexidade, conforme habilitações e pactuações vigentes. 8. Gerenciar agendamento descentralizado de Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia em nível local e regional. 9. Integrar sistemas de informações de gerência municipal com os demais sistemas integrantes da Rede estadual. 10. Elaborar, aprovar e garantir a aplicação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos de atendimento que envolvam a atenção em média e alta complexidade. 11. Regular, controlar, avaliar e auditar os serviços ambulatoriais e hospitalares conforme Redes de Atenção implantadas.

		<p>12. Garantir e implementar habilitações de serviços em média e alta complexidade.</p> <p>13. Prover atendimento fora de domicílio para serviços ambulatoriais e hospitalares não contratualizados em nível local e/ou em conformidade com as Redes de Atenção.</p> <p>14. Acompanhar e gerenciar o teto financeiro do Bloco de Média e Alta complexidade.</p> <p>15. Implantar projeto regional para a realização de cirurgias eletivas pertinentes a Estratégia de Cirurgias Eletivas definidas em nível federal (Mutirões).</p>
<p>8ª Diretriz: Garantir o acesso da população aos serviços de Urgência e Emergência, conforme a construção da Rede de Urgência e Emergência.</p>	<p>Objetivo 1: Assegurar a manutenção e construção da Rede de Urgência e Emergência em nível municipal, conforme diretrizes estaduais e federais.</p>	<p>1. Manutenção do Serviço Móvel de Urgência (SAMU).</p> <p>2. Ampliação da capacidade resolutiva das Unidades de Atenção Primária a Saúde nas situações de Urgência e Emergência e Unidade de Pronto Atendimento (UPA).</p> <p>3. Fortalecer a Rede de Referência de Urgência e Emergência.</p> <p>4. Manter pactuação com municípios da Micro região para atendimento de Urgência e Emergência.</p> <p>5. Garantir insumos, equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações.</p> <p>6. Garantir acesso a Apoio, Diagnose e Terapia.</p> <p>7. Implantar serviço de atendimento Odontológico de Urgência na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).</p> <p>8. Manutenção da Central de Regulação de Urgência e Emergência.</p> <p>9. Regular, Controlar, Avaliar e Auditar o Serviço Móvel de Urgências SAMU e Central de Regulação das Urgências em nível municipal.</p> <p>10. Regular, Controlar, Avaliar e Auditar os Serviços próprios de Urgência e Emergência.</p> <p>11. Manter e garantir o Projeto de Qualificação do Acesso frente às Redes de Atenção.</p>
<p>9ª Diretriz: Aperfeiçoamento e fortalecimento da gestão descentralizada e regionalizada, Gestão do Planejamento e da informação em saúde,</p>	<p>Objetivo 1: Fortalecer a gestão do SUS, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.</p>	<p>1. Estruturar a capacitação dos profissionais através da Educação Permanente, Continuada e Valorização profissional.</p> <p>2. Garantir recurso financeiro para o desenvolvimento de cursos/oficinas de capacitação para os profissionais de saúde conforme prioridades apresentadas no plano.</p> <p>3. Definir e manter atualizado o quadro ideal de profissionais por Unidade de Saúde e Serviço para atender suas finalidades, através de Concurso Público.</p> <p>4. Implantar Gestão Participativa.</p>

<p>Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, aperfeiçoamento e fortalecimento da Gestão Participativa e do Controle Social.</p>	<p>Objetivo 2: Aperfeiçoar e fortalecer a Gestão participativa e o Controle Social orientadas pela Política nacional de Gestão estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS, cujos componentes são: auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, participação popular e fortalecimento e controle social.</p> <p>Objetivo 3: Desenvolver ações pertinentes ao Sistema Municipal de Auditoria.</p>	<p>5. Integrar, desenvolver e ampliar os sistemas de informação. 6. Implantar residência multiprofissional em saúde.</p> <p>1. Manter a ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. 2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>1. Acompanhar, fiscalizar, controlar e realizar avaliação técnica/científica/contábil/financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde no âmbito municipal.</p>
--	--	--

Fonte: **(DATASUS); (SARGSUS)**. (2018). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em 19 mai. 2018.