



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Maria Jose Soares Pereira

**Interações entre planejamento e orçamento no município de Belford Roxo:
desafios atuais**

Rio de Janeiro

2013

Maria Jose Soares Pereira

**Interações entre Planejamento e Orçamento no município de Belford Roxo: desafios
atuais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Cristina França da Silva

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

P436i Pereira, Maria José Soares
Interações entre planejamento e orçamento no município de Belford
Roxo: desafios atuais. /Maria José Soares Pereira. – 2013.

101 f.

Orientadora: Tânia Cristina França da Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de medicina Social.

1. Planejamento em saúde – Teses. Sistema Único de Saúde (Brasil)
– Teses. 3. Orçamento – Programa – Teses. I. Silva, Tânia Cristina França
da. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 614.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Maria Jose Soares Pereira

**Interações entre planejamento e orçamento no município de Belford Roxo: desafios
atuais**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde.

Aprovada em 29 de novembro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Tânia Cristina França da Silva(orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte de Gouvêa
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

A Deus, o meu sustento espiritual,
Aos meus familiares, pai, mãe, irmão, filhos, noras,
netinho a caminho,
razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Ao professor e educador Roberto Parada, por ter sido a referência que contribuiu para que eu permanecesse firme até o final desta trajetória.

A professora Carla Gouveia, que, pela firmeza e generosidade, contribuiu para tornar viável este trabalho.

Ao professor Frederico Caixeiro, pela contribuição na delimitação do objeto de estudo.

Ao professor George Kornis, pelos ensinamentos.

Aos professores Carla Gouvêa, Roberto Parada e Tânia França, por terem aceito participar da banca de defesa da dissertação.

Aos companheiros(as) da Turma COSEMS 2011 do curso de Mestrado Profissional, pela solidariedade e companheirismo.

Aos amigos, companheiros e colegas de trabalho, pelo apoio, parceria e estímulo.

Aos Conselheiros de Saúde, pelos desafios e pelo respeito.

As equipes de Gestão, técnicas, gerenciais, da Secretaria de Saúde do Município de Belford Roxo, pelo apoio, parceria e companheirismo.

Aos munícipes de Belford Roxo e a todos os que tiveram a generosidade de nos acolher, atores e sujeitos da Política Pública de Saúde.

Meus mais afetuosos e sinceros agradecimentos!!!!!!!!!!

Velho brejo, Velho Brejo!
Onde o sol sempre nasceu sorrindo
Como invejo a tua gente
Essa gente tão vivida,
Tão sofrida e tão valente.

Essa gente que progride
Que trabalha, que estuda
Essa gente que decide
O que é bom para o lugar
Que é calada e não muda.

Na luta, não se divide
Belford Roxo em sua arte
Sou parte da tua parte
Sou vida da sua vida.

A canoa dos baixinhos
De teus rios de outros cais
Terra boa de outras eras
Primavera, laranjais.

Teu destino, tua história
Na memória dos avós
Faz o hino que te oferto
Céu aberto sobre nós.

Hino de Belford Roxo: Wikipédia

RESUMO

PEREIRA, Maria José Soares. *Interações entre planejamento e orçamento no município de Belford Roxo: desafios atuais*. 2013. 96f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro. 2013.

O objetivo deste trabalho é identificar os problemas para compatibilização do PlanejaSUS com o orçamento-programa municipal, a partir de suas especificidades, e descrever suas implicações na gestão municipal de saúde do município de Belford Roxo. Diante da multiplicidade de fatores que interferem no alinhamento do planejamento e orçamento, priorizou-se analisar, através de pesquisa exploratória e descritiva: a estrutura organizacional, a qualificação das equipes e as interfaces entre os instrumentos de planejamento. O estudo demonstrou evidências de fragmentação e incipiente institucionalização do processo de planejamento com tendências a superação a partir da estruturação da área de planejamento, qualificação das equipes, iniciativas para integração com o Fundo Municipal de Saúde. Desta forma, recomenda-se a continuidade do processo de integração e o fortalecimento da área de planejamento, além do desenvolvimento de novas pesquisas para aprofundar o debate sobre o tema abordado, incorporando a análise de outros fatores que interferem na integração do PlanejaSUS e Orçamento-Programa.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. PlanejaSUS. Orçamento-Programa.

ABSTRACT

PEREIRA, Maria José Soares. *Interactions between planning and budgeting in the city of Belford Roxo: current challenges*. 2013. 96f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estado do Rio de Janeiro. 2013.

This study aims to identify problems with the compatibility of PlanejaSUS with the municipal program-budget, based on its specificities, and describe its implications in the municipal management in the city of Belford Roxo. Given the multiplicity of factors that affect the alignment of planning and budgeting, the priority was to analyze, through exploratory and descriptive research: the organizational structure, the qualification of teams and the interfaces between planning instruments. The study showed evidence of fragmentation and incipient institutionalization of the planning process, with a tendency to overcome this situation through the structuring of the planning area, qualification of teams, initiatives to integrate with the Municipal Health Fund. Thus, the continuity of the integration process is recommended and strengthening of the planning area, besides the development of further research to deepen the debate about the subject, incorporating the analysis of other factors affecting the integration of PlanejaSUS and program- budget.

Keywords: Health planning. PlanejaSUS. Program-Budget.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Estrutura dos instrumentos de planejamento do SUS.....	38
Figura 1-	Instrumentos de planejamento por tipo de política.....	45
Figura 2-	Diagrama do processo integrado de planejamento e orçamento.....	46
Figura 3-	Ciclo orçamentário e planejamento do SUS.....	47
Figura 4-	Interações entre os instrumentos de planejamento e estrutura programática.....	48
Quadro 2-	Quadro de detalhamento de despesa.....	49
Quadro 3-	Correspondência entre os blocos de financiamento e as subfunções....	50
Quadro 4-	Horizonte temporal: correspondência entre os prazos.....	51
Figura 5-	Postulado da Coerência.....	55
Figura 6-	Mapa da Região de Saúde Metropolitana I.....	57
Quadro 5-	Distribuição da população por sexo e faixa etária.....	58
Quadro 6-	Série histórica dos indicadores de Saúde 2009-2012.....	61
Quadro 7-	Correspondência a estrutura dos instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Belford Roxo, 2010.....	60
Tabela 2-Demonstrativo de Equipes.....	60
Tabela 3-Demonstrativo de despesa com saúde por elemento.....	62
Tabela 4-Demonstrativo da aplicação de recursos por fonte e por habitante.....	62
Tabela 5-Despesa com saúde por subfunção.....	63
Tabela 6-Repasse recurso SUS por subfunção no período 2009-2012.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPLAN	Assessoria Especial de Planejamento.
CENDS/OPAS	Centro de Estudos do Desenvolvimento/Organização Pan-Americana de Saúde.
CIR	Comissão Intergestores Regional.
CIB	Comissão Intergestores Bipartite.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas da Saúde.
DATASUS	Departamento de Informações do SUS.
DIPLAN	Diretoria de Planejamento.
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
FMS	Fundo Municipal de Saúde.
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias.
LOA	Lei Orçamentária Anual.
PAS	Programação Anual de Saúde.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS.
PMS	Plano Municipal de Saúde.
PDR	Plano Diretor Regional.
PPA	Plano Plurianual.
PPI	Programação Pactuada Integrada.
QDD	Quadro Detalhado de Despesas.
RAG	Relatório Anual de Gestão.
RGF	Relatório de Gestão Fiscal.

RDQ	Relatório Detalhado Quadrimestral.
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária.
SARGSUS	Sistema de Apoio Operacional ao Relatório Anual de Gestão.
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde.
SIAFI	Sistema de Informações Financeiras.
SIAP	Sistema Integrado de Administração Pública.
SIGFIS	Sistema Integrado de Gestão Fiscal.
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCG	Termo de Compromisso de Gestão.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	17
1	OBJETIVOS	20
1.1	Objetivos específicos	20
2	PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	21
2.1	Planejamento em saúde na América Latina.....	22
2.2	Planejamento em saúde no Brasil.....	27
2.3	Planejamento no SUS: aspectos legais e metodológicos.....	29
3	SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS.....	33
3.1	Instrumentos de planejamento do PlanejaSUS.....	35
4	ORÇAMENTO-PROGRAMA.....	40
4.1	Instrumentos de planejamento integrantes do orçamento-programa.....	43
5	ALINHAMENTO ENTRE PLANEJASUS E ORÇAMENTO-PROGRAMA...	45
6	METODOLOGIA.....	53
6.1	O município de Belford Roxo.....	57
6.1.1	<u>Organização da Rede de Atenção à Saúde.....</u>	59
6.1.2	<u>Indicadores.....</u>	61
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO: INTERAÇÕES ENTRE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO DE 2009 A 2012	65
7.1	Resultado e discussão referente aos componentes do postulado da coerência....	66
7.1.1	<u>Componente “Propósitos de Governo”.....</u>	66
7.1.2	<u>Componente “Organização da Instituição”.....</u>	68
7.1.3	<u>Componente “Métodos”.....</u>	71
7.1.3.1	Forma e conteúdo - Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual.....	71
7.1.3.2	Forma e conteúdo-Programação Anual de Saúde e LDO e LOA.....	72
7.1.3.3	Forma e conteúdo-Relatório de gestão do PlanejaSUS e orçamento-programa.....	78
7.1.4	<u>Horizonte temporal:correspondência entre os prazos.....</u>	82

CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS	86
ANEXO A - Definição e perspectiva dos instrumentos de planejamento.....	95
ANEXO B - Síntese dos atributos do Programa.....	96
APÊNDICE A - Quadro síntese dos principais resultados: componente "propósitos de governo"	97
APÊNDICE B -Quadro síntese dos principais resultados: componente "organização".....	98
APÊNDICE C - Quadro síntese dos principais resultados: componente "métodos"	99

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da promulgação da Constituição de 1988, incorporando as proposições do movimento de reforma sanitária e de redemocratização do país, estabelecendo um novo paradigma para o setor saúde. Segundo Mendes (2006, p. 234), isto implicou a mudança do modelo “de atenção médica, fruto do paradigma flexneriano, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção social da saúde”. O novo paradigma encontra expressão nos princípios de Universalização, Equidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização e Regionalização, Participação da Comunidade e pela premissa de que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, com ênfase na municipalização, passando a requerer novas formas de gestão e planejamento. Nesse contexto, o Planejamento em Saúde deve estar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, sendo constitutivo de seu arcabouço legal desde a promulgação das Leis nº8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A formulação do PlanejaSUS resultou de um amplo processo de discussão nacional, com participação de gestores e técnicos das três esferas de gestão, em 2005 e 2006, que o definiu como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (Brasil, 2008, p.27). O PlanejaSUS integra o ciclo de gestão, e o processo de planejamento deve ser ascendente e articulado entre as três esferas de gestão da federação, assim como no âmbito de cada uma delas, “de forma a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde” (MS, [s.d.]).

A adequada gestão dos recursos financeiros é tão importante quanto a questão de sua “insuficiência”, pois o atendimento das necessidades de saúde na forma de bens e serviços está diretamente relacionada com a aplicação destes recursos. Ou seja:

[...] o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes: da quantidade e da qualidade do gasto [...] que por sua vez está diretamente relacionado à melhoria da capacidade e da eficiência da gestão. (CONASS, 2009, p. 67).

Portanto, pensar em planejamento em saúde no âmbito do sistema público de saúde significa compreendê-lo de forma integrada, compatibilizando planejamento com orçamento

público, conforme assinala Melo (2010, p. 13), "o planejamento é um processo contínuo que fundamenta, antecede e acompanha a elaboração orçamentária. Visa criar as condições necessárias para o atingimento das metas indispensáveis à consecução dos objetivos."

Nessa perspectiva, tão importante quanto compreender o Sistema de Planejamento do SUS e os respectivos instrumentos de planejamento, é compreender o sistema orçamentário e os instrumentos que lhe conferem materialidade, para que seja possível estabelecer o alinhamento entre os referidos sistemas com seus instrumentos.

Da mesma forma que a Carta Magna de 1988 conferiu relevância ao SUS e ao planejamento no setor saúde, também conferiu relevância ao processo orçamentário e a integração entre planejamento e orçamento, tendo na Lei nº 4.320/64 o marco para o estabelecimento da interdependência. Entretanto, esse arsenal construído não foi suficiente para garantir a efetiva implementação do Sistema de Planejamento SUS (PlanejaSUS) na sua plenitude como bem expressa o CONASS:

Ao longo dos anos de implantação do SUS, essa atividade de planejamento que deveria ser integrada entre os gestores, ascendente, do nível local até o federal, foi pouco realizada da forma como previam as normas, apesar de os gestores, na sua esfera de gestão, terem elaborado individualmente seus instrumentos de planejamento (CONASS, 2009, p. 73).

A incursão na realidade concreta da esfera municipal permitiu à autora desta dissertação entrar em contato com essa situação, a partir do momento em que se procurou seguir a orientação de implementar o planejamento em saúde em consonância com as diretrizes do PlanejaSUS. As dificuldades encontradas para estabelecer a compatibilidade entre PlanejaSUS e orçamento-programa e as implicações a partir da inserção no processo de implementação do PlanejaSUS despertaram o interesse em desenvolver o presente estudo. Buscou-se, assim, identificar os problemas para compatibilização do PlanejaSUS com o orçamento-programa municipal e descrever suas implicações na gestão de saúde do município de Belford Roxo, localizado no estado do Rio de Janeiro.

Este estudo está dividido em sete capítulos. No primeiro são apresentados os objetivos. O segundo apresenta o referencial teórico sobre Planejamento em Saúde na América Latina e Brasil, com ênfase no Sistema Único de Saúde. O terceiro capítulo apresenta o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) e seus principais instrumentos: Plano de Saúde (PS),

Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).O quarto apresenta as considerações sobre orçamento-programa e seus respectivos instrumentos: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) e Relatório de Gestão (RAG).O quinto capítulo aborda as interfaces entre o PlanejaSUS e o orçamento-programa, a partir da estrutura dos seus respectivos instrumentos de planejamento.O sexto apresenta os métodos usados para alcançar os objetivos e as principais características do município de Belford Roxo.O sétimo capítulo apresenta os resultados e a discussão da dissertação.Por último, estão as principais conclusões e recomendações sobre a pesquisa desenvolvida.

1 OBJETIVO GERAL

Identificar os problemas para compatibilização do PlanejaSUS com o orçamento-programa municipal e descrever suas implicações na gestão de saúde do município de Belford Roxo, estado do Rio de Janeiro.

1.1 Objetivos específicos

- ✓ Conhecer as especificidades do PlanejaSUS em relação ao orçamento-programa municipal.
- ✓ Identificar os principais problemas para coadunar a implementação do PlanejaSUS e do orçamento-programa.
- ✓ Relatar a implicação desses problemas no Planejamento e na Gestão Municipal de Saúde no município de Belford Roxo.

2 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

As evidências encontradas na literatura demonstram que o planejamento está imerso numa multiplicidade de significados, formas, métodos e contextos, implicados numa dinâmica temporal e relacional entre o ontem, o hoje e o amanhã, tendo em vista o que se pretende alcançar e com que meios, presentes tanto na vida privada como na pública.

Seguindo as contribuições de Druker (1981) e Ferreira (1983), é possível inferir que há um consenso acerca da concepção de que planejar envolve uma racionalidade sistemática, contrária à improvisação e a procedimentos aleatórios. O planejamento se contrapõe à improvisação, sendo definido como:

Pensar, antever cursos de ação; partir do diagnóstico da realidade- proposição antecipada de ações para superar problemas identificados; estrutura [...]. Planejar é definir, com os meios que se têm, os caminhos a serem seguidos de acordo com a direção traçada para atingir uma ação. No serviço público, estas ações são programas que o governo desenvolve(SANTOS,2009, P. 23).

Segundo Ávila & Nascimento (2010, p. 1) "os seres humanos planejam as suas ações durante toda a sua vida [...] e da mesma forma que ocorre com os indivíduos, o planejamento existe nas ações coletivas, nas organizações, no estado."

Segundo estudos realizados por Paim & Vilasbôas em um universo nacional e latino-americano:

o planejamento tem sido designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores(PAIM;VILASBÔAS 2008, p. 1.240).

Rivera & Artmann (2010, p. 2.272) defendem a ideia de uma concepção pluralista de planejamento e "concluem que as diversas correntes, embora com diferentes perspectivas e encaminhamentos teóricos metodológicos, dialogam num processo de troca mútua e de aprendizagem."

As diversas concepções evoluíram ao longo do tempo, em contextos históricos determinados, recebendo influência de correntes de pensamento predominantes em cada época e marcando decisivamente a história do pensamento e das práticas de planejamento, no

mundo e em especial na América Latina e no Brasil, no plano governamental e setorial, mais especificamente no setor saúde.

2.1 Planejamento em Saúde na América Latina

As origens do planejamento em saúde na América Latina têm como marco a década de 1960, em um contexto político e social marcado pelo avanço das ideias socialistas e ampliação das reivindicações por participação política. Decorreu daí um movimento reativo por parte da Organização de Estados Americanos (OEA), que levou à criação da Aliança para o Progresso, em 1961, em Punta Del Leste. Dentre as metas fixadas pela Aliança, estava a redução da mortalidade infantil e de outros indicadores de saúde (ROCHA, 2011, p. 263).

O movimento liderado pela OEA na América Latina demandou a criação de um método de planejamento que foi desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Universidade Central da Venezuela, denominado de Técnica Cendes-Opas ou Metodologia Latino-Americana de Planejamento em Saúde (ROCHA, 2011, p. 263).

Segundo Teixeira (2010), o método CENDES/OPAS marca a passagem das referências do planejamento econômico para o campo social, mais especificamente para a saúde. Propunha

[a] construção de indicadores para diagnóstico em Saúde com o levantamento e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, num enfoque descritivo [...] importante na determinação dos elementos constitutivo do planejamento (JESUS et al., 2011, p. 30).

A concepção que fundamenta o método CENDES/OPAS tem por base um enfoque normativo com as seguintes características: neutralidade; independência entre sujeito e objeto; um único planejador; dissociação entre o político e o técnico; irrelevância dos conflitos de interesse; previsibilidade e estabilidade do sujeito e do objeto na formulação e execução do plano; e linearidade na condução do plano (ABRAÃO, 2007).

Apesar da crítica ao enfoque normativo, ele teve sua importância, podendo ser aplicado em diversos “casos em que a solução é conhecida, e na maioria deles, há uma regra, uma norma a ser empregada” (ABRAÃO, 2007, p. 167).

Além disso, Rolim apud Teixeira (2010p. 19) destaca a atualidade de alguns pressupostos, quando aplicados a situações na área da saúde referentes à racionalização de recursos, incluindo "aplicação do método à programação da oferta de serviços realizada a partir da negociação."

Entretanto, segundo Rocha (2011), predominava na Técnica Cendes-Opas a visão economicista, centrada em modelos matemáticos, que inova ao introduzir aspectos sociais no diagnóstico de saúde, na definição de prioridades, na instrumentação de recursos que permitem o estudo da eficácia e eficiência das técnicas aplicadas, mas que não produziu respostas eficazes para os problemas sociais.

Segundo Fekete apud Chorny (1990), nos anos 1970, vários movimentos contribuíram para a introdução de novas ideias em torno do planejamento em saúde, sobretudo no aprofundamento da crítica ao enfoque normativo, propiciando o surgimento do enfoque estratégico. O movimento progressista, à época, influenciou as proposições do Plano Decenal das Américas aprovados na III Reunião dos Ministros da Saúde em Santiago do Chile, incorporando questões relacionadas a participação, política e organização da saúde.

Contribuindo para aprofundar o pensamento crítico ao enfoque normativo, o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPPS/OPAS) publicou o documento *Formulación y Políticas de Salud*, em 1975 (JESUS et al., 2011, p. 31). O planejamento foi, então, situado no terreno da política, com ampliação das discussões sobre equidade e o papel do Estado, representando um avanço em relação ao Método Cendes/Opas. Para Chorny (1990, p. 228), isso consiste em “um modo diferente de encarar o planejamento que se traduz pela concepção estratégica no Planejamento em Saúde”.

As contribuições mais relevantes do documento *Formulación y Políticas de Salud* incluem: o sistema de saúde como objeto de planejamento; um modelo de formulação de políticas incluindo os componentes, imagem objetivo, formulação das propostas, análise das propostas e formalização de políticas; o conceito de necessidades de saúde e de grupos humanos e problemas prioritários de saúde; e, de forma ainda incipiente, o conceito de processo saúde-doença (TEIXEIRA, 2010, p. 21).

As bases conceituais que demarcaram o enfoque estratégico foram o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus; o Pensamento Estratégico, de Mário Testa e o enfoque estratégico da Planificação em Saúde desenvolvido na Escola de Medellín (ASSIS; JESUS, 2011).

A proposta de Medellín compõe o conjunto de tendências que têm em comum a crítica ao enfoque normativo, e sua especificidade consiste em:

Fornecer instrumentos que auxiliem técnicos atuantes na linha de execução, que rompam com o normativo e contribuam na implementação das Estratégias SPT/2000 (*Saúde Para Todos*). Propõem uma metodologia de planejamento para ser utilizada por qualquer força social que assumam a meta SPT/2000 e a estratégia de atenção primária. (GIOVANELLA, 1991, p.41).

No enfoque de Medellín:

[...]o planejamento é entendido como um processo social complexo, que trata de influenciar as características de uma mudança social a partir da perspectiva de uma determinada força social. Pressupõe-se que, para pensar a ação futura, é necessário conhecer-se uma teoria política, mas esta teoria não é explicitada nem discutida. Assim, a existência de interesses conflitivos é reconhecida, porém, a determinação desses conflitos não é colocada. Diferenças entre grupos sociais quanto ao acesso aos serviços e aos riscos de agravo à saúde são constatados [...](GIOVANELLA, 1991, p.41).

Conforme relata Giovanella (1991, p. 41) no enfoque de Medellín, os “instrumentos elaborados para a intervenção no setor saúde direcionam-se aos grupos sociais chamados de 'postergados' objetivando diminuir essas desigualdades.”

O Pensamento Estratégico tem nas contribuições de Mario Testa a sistematização de uma tipologia do poder que envolve o poder administrativo, o poder técnico e o poder político. É ainda, a sistematização do “Postulado da Coerência”, que inclui: os propósitos de um dado governo; os métodos utilizados para concretizar estes propósitos; e a organização das instituições onde se realizam as atividades governamentais (TESTA apud TEIXEIRA, 2010).

Teixeira (2010) destaca nas contribuições de Mario Testa a ampliação do debate em torno do planejamento, considerando o setor saúde como *parte inseparável da totalidade social*. O Pensamento Estratégico tem o poder como problema central face aos problemas de participação popular e “defende a mudança do foco para um novo ator privilegiado, que é a classe/grupo/força social/movimento” (DOURADO, 2010, p.25).

O Planejamento Estratégico-Situacional de Carlos Matus reúne em seu aporte conceitual a noção de ator social (indivíduo, grupo, ou uma organização) que planeja e atua na realidade; o conceito de situação e produção social; a efetividade da participação, os argumentos que dão sustentação ao planejamento; o triângulo de governo e triângulo de ferro; propõe um método de planejamento; e desenvolve o conceito de direção estratégica (ABRAÃO, 2007; LOTUFO; TEIXEIRA, 2003). O conceito de situação está

relacionado à ideia de percepção e leitura da realidade pelo *ator social* que nela opera e interage com vários atores, identificando e explicando os problemas pressupondo:

[...] a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre atores visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-las (TEIXEIRA, 2010, p. 27).

Atuar em determinada situação implica ter capacidade para governar e exige a articulação de três variáveis que compõem o triângulo de governo composto por Mottin (1999, p.38):

- **Projeto de governo (P):** traduz-se como o conteúdo propositivo do plano, que contém as propostas de ações a realizar para o alcance dos objetivos a serem atingidos.,
- **Governabilidade do Sistema (G):** diz respeito à liberdade de ação de que dispõe o governante frente às variáveis sobre as quais ele tem controle e sobre as que não tem, representando seu capital político,e,
- **Capacidade de governo (C):** é a capacidade que o governante tem de dirigir, gerenciar, administrar e controlar, configurando então seu sistema de direção e planejamento. Esta capacidade advém do conjunto composto pela habilidade, experiência, métodos e técnicas que o governante e sua equipe possuem. Em resumo, o seu capital intelectual.

A materialização do planejamento implica a elaboração do plano, que deve ser expresso em módulos de operações. O método desenvolvido por Matus compreende os momentos: Momento explicativo, Momento normativo, Momento estratégico, Momento tático-operacional (TEIXEIRA, 2010, p. 29).

O Planejamento Estratégico Situacional, contrapondo-se ao normativo, tem por base:

[...] plano como um conjunto de compromissos que devem ser claramente definidos em termos de Recurso, Produtos e Resultados, de Tempo e Responsabilidade para cada operação, aproximando-se à “formalidade de um orçamento por objetivo” (DOURADO, 2010, p. 34).

Abraão (2007, p. 175) ressalta que, para o Planejamento Estratégico Situacional, os recursos devem incluir: Recurso cognitivo, Recurso organizativo, Recurso econômico, Recurso político. A resolução de problemas remete ao desenvolvimento de um sistema

reflexivo e avaliativo que tem por finalidade retroalimentar o sistema, fazendo a correção de rumos requerendo, segundo MATUS, um *Sistema de Direção Estratégica, que ocorre como planejamento diário e no cálculo presente*, composto por cinco subsistemas, a saber:

- Subsistema de Planejamento na Conjuntura - consiste na mediação entre o conhecimento e a ação, concentrando-se nos problemas e operações estratégicas, sendo este o centro da direção estratégica;
- Subsistema de Gerência por operações - transforma o sistema de direção em um subsistema que reproduz até os níveis operacionais da base, convertendo os módulos problema-operações do plano, em módulos de gerência;
- Subsistema de Petição e Prestação de Contas - Avalia a mudança da situação conforme as responsabilidades estabelecidas pela estrutura modular do plano;
- Subsistema de Orçamento por Programas - atribui os recursos econômicos-orçamentários aos módulos de planejamento (operações, ações e subações), representando apoio fundamental ao Subsistema de Petição e Prestação de Contas;
- Subsistema de Emergência em Sala de Situações - encarrega-se de criar métodos para outros subsistemas em situações de emergência (DOURADO, 2010).

A capacidade de agir sobre determinada situação no sentido de modificá-la implica uma atuação eficaz do governo na gestão do plano e dos recursos requerendo:

[...] um sistema que atrele um **plano modular** (Agenda do Dirigente) com um **orçamento por programas** (cobrança e petição de contas) e uma **gerência de operações** que se constitui como um sistema triangular, chamado, por Matus, de Triângulo de Ferro e deve estar ancorado em sistema de informações para instrumentalização da tomada de decisões(DOURADO, 2010, p. 36).

Teixeira (2010) ressalta que Matus desenvolveu uma reflexão abrangente sobre “Política, Planejamento e Governo”, difundida largamente no Brasil. Influenciou estudos acadêmicos e o planejamento governamental, especialmente o setor saúde.

2.2 Planejamento em Saúde no Brasil

O planejamento em saúde no Brasil se origina e desenvolve fazendo interface com o planejamento governamental. Baptista et al. (2010, p. 2.369) descrevem seis períodos principais sobre a trajetória do planejamento governamental no Brasil: a)1889-1929 - origens do planejamento; b)1930-1945 - estruturação das bases para o planejamento; c) 1950-1963 - planejamento desenvolvimentista; d)1964-1979 - planejamento autoritário; e)1980-1994 - crise do planejamento; e f)1995-2002 - planejamento gerencialista.

No segundo período descrito pelos autores, predominou a fragmentação dos instrumentos de planejamento nacional com direcionamento para a área de infraestrutura e dualidade da política de saúde, conjugando a vertente previdenciária e da Saúde Pública (BAPTISTA et al., 2010). Para Teixeira (2010), o Plano de Metas (1951-1961), no terceiro período, foi a primeira experiência de planejamento governamental efetivamente posta em prática no Brasil, embora vários outros planos governamentais tenham sido elaborados.

Ainda nesse terceiro período, Baptista et al. (2010) relatam expansão da:

[...] vertente previdenciária sob padrão seletivo, heterogêneo e fragmentado; e atuação dos sanitaristas - desenvolvimentistas, com a defesa de uma política de desenvolvimento incluyente e articulada a um planejamento nacional de saúde (BAPTISTA et al. (2010, p. 2369).

Na fase identificada como planejamento autoritário, quarto período, houve segundo os autores,

[...] expansão do intervencionismo estatal por meio do planejamento financiamento e produção por empresas estatais [...] elaboram-se grandes planos de desenvolvimento, alguns com proposta para saúde e manutenção da dualidade do sistema de saúde (BAPTISTA et al., 2010, p. 2370).

No sistema dual de saúde predomina a fragmentação entre as “ações de saúde pública e ações de atenção à saúde das pessoas”, indo do sanitarismo campanhista ao modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 2006, p. 58). Este último foi consolidado com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, que tinha as seguintes características:

a) a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;

- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c) A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços(MENDES, 2006, p. 59).

Segundo Teixeira (2010), foi com o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), ainda no quarto período, que se destacou a necessidade de investir no desenvolvimento social, resultando em desdobramento na área da saúde com a elaboração de programas como o “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS”. Na época também surgiram as primeiras experiências de medicina comunitária, integrando uma proposta de Atenção Primária em saúde em curso (MENDES, 2006,p. 61; TEIXEIRA, 2010, p. 10).

No quinto período, de 1980-1994, marcado pela crise e reforma do Estado e pelo movimento de redemocratização do país, embora não tenha ocorrido desenvolvimento do planejamento estatal nacional, Teixeira (2010) ressalta que houve propostas de reforma para o setor saúde, entre elas o PREV-SAÚDE, as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDES).

Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os princípios da Reforma Sanitária foram consolidados no Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. Segundo Teixeira (2010) esse fato:

[...] configurou uma situação bastante favorável ao desenvolvimento do planejamento em saúde nas organizações públicas, quer no que diz respeito à incorporação das concepções e métodos para a formulação de políticas, planos e projetos, que no que diz respeito à disseminação de métodos, técnicas e instrumentos de programação de ações de saúde em vários níveis de complexidade organizacional(TEIXEIRA,2010, p. 11).

No sexto período, 1995 a 2002, referido por Baptista et al. (2010) como Planejamento Gerencialista, a integração entre planejamento e orçamento e os instrumentos de gestão foram consagrados. Foi o período no qual ocorreu a implantação do Plano Plurianual e o planejamento passou a ser oficialmente reconhecido como ferramenta de gestão.

Entretanto, embora existisse a exigência legal de planos, *a implementação de um planejamento* integrado ainda constituía um desafio e, conforme descrito por Baptista et al. (2010, p. 2.370),“o Ministério da Saúde ainda não elaborou[a época] um plano nacional de saúde que explicitasse o diagnóstico situacional, diretrizes, prioridades e recursos de forma abrangente.”

Baptista et al. (2010, p. 2.374) incluem em sua análise o período correspondente a 2003-2010, ressaltando que a “articulação entre planejamento e orçamento se deu, [...] por meio dos PPA (2004-2007 e 2008-2011)”. Os autores destacam que o fortalecimento do planejamento integrado ocorreu na vigência do PPA 2004-2007, sendo editado o 1º Plano Nacional de Saúde (PNS) em 2004. Foi neste contexto, que o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) foi instituído, sendo que a necessidade de sua construção ficou evidenciada durante a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2004-2007 (BRASIL, 2008).

2.3 Planejamento no SUS: aspectos legais e metodológicos

Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde em 1988, o planejamento passou a configurar na agenda governamental, compondo o ciclo integrado de planejamento, orçamento e gestão. Segundo Rocha (2011):

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de [...] a descentralização e municipalização da saúde somada à exigência de ter planos de saúde e de relatórios de gestão para habilitar-se a receber recursos do Fundo Nacional de Saúde, certamente veio estimular os municípios e estados para o desenvolvimento das práticas de planejamento em saúde, tornando-se a ferramenta oficial do sistema (ROCHA, 2011, p. 270).

1990, capítulo III, que trata do Planejamento e Orçamento, em seu art. 36 define que:

[...] o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-os as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8080 (Brasil, 1990a) regulamentou a aplicação dos recursos em conformidade com os planos de saúde, de acordo com a proposta orçamentária; a competência do Conselho Nacional de Saúde em estabelecer as diretrizes que constarão nestes planos; e os vetos às subvenções para serviços privados. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) dispunha sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e definia que o repasse de recursos deveria ser feito mediante apresentação do plano de saúde e relatório de gestão (BRASIL, 1990b).

As Leis nº8.080/90 e 8.142/90, ao mesmo tempo em que regulam as ações e serviços de saúde, normatizam os aspectos relativos ao planejamento e seus instrumentos, em estreita relação com o repasse de recursos para o financiamento das ações e serviços de Saúde, além da prerrogativa de submeter os Planos de Saúde à aprovação dos Conselhos de Saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) tiveram importância no processo de regulamentação do SUS, com ênfase na descentralização, incluindo a organização da atenção, definição de critérios de financiamento e incorporação de novos instrumentos como a Programação Pactuada Integrada (PPI) para pactuação da oferta de serviços de saúde entre os municípios e o estado, e o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Ambos os instrumentos foram incorporados ao processo de planejamento “utilizados para a formulação da Programação Anual de Saúde, a qual esta intimamente associada aos planos de Saúde”(VIEIRA,2008, p. 1.568).

Conforme relata Vieira (2008, p. 1568), a Portaria GM nº 393, de 29 de março de 2001 (BRASIL, 2001), instituiu a Agenda de Saúde como mais um instrumento de planejamento, a ser construída de forma descendente. Ou seja, os eixos prioritários de intervenção, de natureza nacional, seriam pactuados pelas três esferas de governo.

Configurava-se, assim, o início do processo de planejamento, gerando planos de saúde e orçamento anual construídos de forma ascendente, e desdobrados em Quadros de Metas com seus respectivos indicadores e metas prioritárias. Além disso, a sistematização das informações referente aos resultados e a prestação de contas devem ser feitas através do Relatório de Gestão, que "estabelece a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos" (VIEIRA, 2008, p. 1568).

Desse processo resultou a formalização dos principais instrumentos que passariam a compor a estrutura do Sistema de Planejamento do SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

O debate teórico-metodológico acerca do planejamento em saúde, incluindo os instrumentos de planejamento do SUS, foi influenciado pelas correntes de pensamento, segundo Teixeira, Jesus apud Teixeira (2010, p.33), oriundas das “ciências da administração de saúde e na economia sanitária, e pelo processo de reforma do sistema de serviços de saúde”. Para tanto, contribuíram tendências que dialogaram mantendo como eixo estruturante a referência ao enfoque estratégico situacional, a saber:

- o modelo teórico do ciclo de políticas;
- as vertentes sobre planejamento e gestão em saúde incluindo construção de metodologias para o planejamento das ações de saúde;
- a teoria do processo de trabalho em saúde articulada ao enfoque epidemiológico;
- as contribuições do enfoque da teoria de ação comunicativa;
- a gestão estratégica em saúde;
- a cogestão de coletivo, micropolítica do trabalho em saúde, tecnologia leve para o planejamento em saúde influenciando processos de planejamento participativo;
- a incorporação dos conceitos relacionados à humanização das relações de trabalho;
- o enfoque com base na Vigilância em Saúde.

Teixeira (2010, p. 43) apresenta uma síntese dos argumentos favoráveis ao uso do enfoque estratégico-situacional na formulação e implementação dos Planos de Saúde, a saber:

- a compreensão do “*objeto de planejamento*” como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção;
- o *processo de “planejamento”* é concebido como sendo constituído por momentos que se interpenetram:[...]explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional;
- o “*produto do planejamento*” propõe a modularização do plano, isto é, sugere que o plano seja composto de módulos operacionais que sintetizam os elementos do processo de trabalho previsto(objetivos, atividades, produtos e resultados, responsáveis, participantes, prazos e recursos);
- a “*gestão do plano e gerência de operações*” traz embutida a noção de governo que abre espaços a mudanças nas práticas institucionais.

Desta forma, Teixeira (2010, p. 42) ressalta que o desenvolvimento teórico-metodológico desenvolvido ao longo das duas últimas décadas passou inicialmente pelos Distritos Sanitários à época da implantação do SUDS e pelos processos de municipalização,

chegando aos dias atuais com o PlanejaSUS, referenciado pelo enfoque estratégico-situacional.

3 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS

Com objetivo de aperfeiçoar a gestão do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, o Pacto pela Saúde, que está dividido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006).

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) foi criado no bojo do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) e é parte do arcabouço jurídico do SUS, indicando processos e métodos de formulação do planejamento, requisitos para o repasse de recursos e auditoria, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite. Surgiu da necessidade de formular um sistema que conferisse maior organicidade e ordenamento ao processo de planejamento, mediante a constatação de que não existia, até 2006, um processo integrado capaz de apoiar os gestores na condução do SUS (BRASIL, 2009a, p.9).

O Ministério da Saúde deflagrou, então, um amplo processo de discussão nacional através de oficinas macrorregionais, envolvendo representações das três esferas de governo, dos Conselhos de Saúde, de gerentes e técnicos, com objetivo de “definir e aperfeiçoar as bases de organização e funcionamento do sistema de planejamento” (Brasil, 2009a, p.211). Esse processo culminou com a formulação do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS.

Face ao papel estratégico conferido ao planejamento na gestão do SUS, o Ministério da Saúde realizou um “mapeamento da atividade de planejamento, nas três esferas administrativas, para consolidação de informações que permitissem o conhecimento disponível e da sua inserção no processo de gestão do SUS” (BRASIL, 2009a, p.211).

Os resultados obtidos com a pesquisa revelaram respostas diferenciadas entre as regiões e de acordo com o porte dos municípios. Foram identificados problemas em relação a interação entre o planejamento e orçamento, inserção da área de planejamento na estrutura organizacional. O principal fator restritivo “a deficiência na capacitação em planejamento do pessoal atuante na atividade seguido das inadequações da infraestrutura - física, equipamentos de informática e de acesso a informação, além da insuficiência de pessoal para atuação exclusiva e contínua” (BRASIL, 2009a, p. 233).

A partir do diagnóstico feito, o Ministério da Saúde adotou estratégias para atenuar os problemas instituindo programa de capacitação e incentivo para estruturação e institucionalização do PlanejaSUS em larga escala.

O PlanejaSUS é definido como: “atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento nas três esferas de gestão do SUS [...] como parte integrante do ciclo de gestão deve estar próximo aos níveis de decisão” (Brasil, 2008, p. 27). Estabeleceu os objetivos englobando a disseminação da cultura de planejamento do âmbito do SUS, a integração e compartilhamento de entre as esferas de gestão, a integração entre planejamento e orçamento, qualificação das equipes e aumento da eficiência e dos resultados da gestão (BRASIL, 2006a, p. 32).

São cinco os pontos prioritários de pactuação para o planejamento (BRASIL, 2006a, p.33):

- i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- iii) a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento - tais como os planos, relatórios e programações - a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e
- v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS.

No âmbito do PlanejaSUS, são responsabilidades dos municípios, principalmente, a “coordenação, execução e avaliação dos processos de planejamento e a elaboração dos instrumentos de planejamento de forma articulada, integrada e participativa” (BRASIL, 2006a, p.51).

A edição do Decreto nº 7.508/2011 (Brasil, 2011) reafirmou os propósitos já definidos para o PlanejaSUS em vigor, apontando para o fortalecimento do planejamento regional a partir das necessidades dos municípios e introduzindo “no processo de planejamento uma

ferramenta que auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, na dimensões referentes às condições de vida e acesso aos serviços de saúde” denominada Mapa da Saúde (BRASIL, 2011a, p. 82).

Mais recentemente, a Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012a), ganhou centralidade no debate sobre planejamento e financiamento do SUS, ao estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas três esferas de governo. Trata também das regras para aplicação de recursos, sobre o que deve ser considerado despesa com ações e serviços públicos de saúde, a transparência da gestão, além de estabelecer periodicidade para os relatórios quadrimestrais e os principais componentes do Relatório de Gestão.

A lei (BRASIL, 2012) define o montante de recursos a serem aplicados anualmente na saúde pelos entes da federação: o percentual de 15% para municípios e Distrito Federal; 12% para estados; e para a União o montante será baseado no cálculo sobre o valor empenhado no ano anterior, acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB).Entretanto, a Lei Complementar nº141/2012 não altera de forma significativa o padrão dos instrumentos de planejamento da saúde normatizados com a institucionalização do PlanejaSUS. Ela fortalece a interdependência com os instrumentos da gestão municipal, normatiza e vincula o planejamento das ações e serviços de saúde e o processo orçamentário, considerando as necessidades de saúde expressas nos planos de cada ente federado com a disponibilidade de recursos a partir dos percentuais mínimos estabelecidos.

3.1 Instrumentos do PlanejaSUS

O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão constituem os instrumentos básicos que asseguram a operacionalização do Planejamento do SUS de acordo com as Portarias nºs 3.085/2006b e 3.332/2006c, que instituíram, regulamentaram e estabeleceram as orientações gerais para os instrumentos do PlanejaSUS; e devem ser compatíveis com os instrumentos da gestão municipal: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA)

O Plano de Saúde é definido como o “instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos, objetivos, diretrizes e metas com desdobramento para os indicadores”, organizado pelos eixos: condições de saúde, condicionantes em saúde e gestão, sendo esta a sua estrutura básica (BRASIL, 2009b, p. 21).

De acordo com as proposições do PlanejaSUS (Brasil,2009b, p. 22) a análise situacional “consiste no processo de identificação, formulação e priorização dos problemas em uma determinada realidade com objetivo de orientar as medidas a serem adotadas”, considerando os eixos mencionados anteriormente.

O eixo “Condições de vida” compreende os dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e as informações referentes à vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica.O eixo “Determinantes e condicionantes” contempla as ações e políticas intersetoriais e o eixo “Gestão em saúde”, o planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura(BRASIL,2009b, p. 22).

A Programação Anual de Saúde acompanha o formato descrito acima e tem por propósito determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde, com definição de metas físicas e orçamentárias para serem executadas no período de um ano. Tem como base legal para sua formulação a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual e, como base programática, todas as pactuações referente à Política de Saúde (BRASIL,2009b, p. 29).

O Relatório Anual de Gestão (Brasil,2009b, p. 31) “deverá ser elaborado em conformidade com a Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde”, contendo o resultado e análise da execução das metas físicas e orçamentárias expressas na programação anual com as devidas recomendações para revisão e reprogramação do que foi previsto.

Tendo em vista a necessidade de apoiar os gestores da federação na elaboração do Relatório Anual de Gestão, o Ministério da Saúde elaborou a ferramenta eletrônica SARGSUS- Sistema de Apoio à elaboração do Relatório Anual de Gestão, que tem por objetivo "fornecer aos gestores municipais e estaduais um instrumento informatizado que

facilite a elaboração e o envio do RAG ao Conselho de Saúde utilizando as bases de dados oficiais" (TCU, Acórdão nº 1459/2011).

A estrutura básica dos instrumentos de planejamento encontra expressão concreta na definição conceitual dos termos que a compõem, como apresentado no quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Estrutura dos instrumentos de planejamento do SUS

INTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	TERMOS	CONCEITOS	EXEMPLO
PLANO DE SAÚDE	OBJETIVO	Expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.	“Efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral -a exemplo da saúde da família - e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade”
	DIRETRIZES	São formulações que indicam as linha de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva - sob a forma de um enunciado - síntese - e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.	“Ampliação das equipes de saúde da família, as quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu trabalho”
	METAS	São expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e qualificam “o que”, “para quem”, “quando”	“Ampliar para 18 mil o nº de equipes de saúde bucal”
	INDICADOR	É um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas	% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE	AÇÕES	São as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas no Plano de Saúde	Contratar profissionais para compor as equipes de saúde bucal
	METAS FÍSICAS	São expressões quantitativas das ações definidas	Contratar x dentistas e y técnicos em higiene dental
	METAS ORÇAMENTÁRIAS	Valores orçamentários estimados por ação	R\$
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO-SARGSUS	Absorve a estrutura da Programação Anual de Saúde	Apresenta os resultados das metas físicas e orçamentárias	
	METAS FÍSICAS	Expressão quantitativa da ação definida na programação	Número absoluto, %
	METAS ORÇAMENTÁRIAS	Valor orçamentário estimado por diretriz, objetivo e por ação definida na programação	R\$
	Apresenta outros componente: Identificação, Demografia e dados de morbimortalidade, Profissionais do SUS, Indicadores de Transição do PACTO, Demonstrativo de Utilização dos recursos-Despesas em Saúde, Demonstrativo orçamentário, (SIOPS) Análise e considerações. Status do SARGSUS		

Fonte: MS/PlanejaSUS (2009b)

Esses três instrumentos são potencializados por vários outros que compõem o elenco de instrumentos próprios do setor saúde, como: Plano Diretor Regional (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estão em fase de transição com a introdução do Contrato Organizativo de da Ação Pública de Saúde (COAP), conforme demonstrado no Anexo A.

A Portaria nº 2.751, de 11 de novembro de 2009 (Brasil, 2009b), integrou os prazos e processos de formulação do Plano Municipal de Saúde (PMS), da Programação Anual de Saúde (PAS), do Relatório de Gestão Anual (RGA), do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e do Plano Diretor Regional (PDR). A vigência do PMS é de quatro anos, a partir do segundo ano da gestão atual até o primeiro ano da gestão seguinte. A Programação de Saúde tem periodicidade anual.

O Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ) deve ser apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e apresentado em audiência pública de quatro em quatro meses (maio, setembro fevereiro do ano seguinte). O Relatório Anual de Gestão tem periodicidade anual e deve ser apresentado ao CMS até 30 de março do ano seguinte ao exercício seguinte, que emitirá parecer conclusivo (BRASIL, 2012).

4 ORÇAMENTO-PROGRAMA

O orçamento público está relacionado com a previsão de receitas e despesas por um período determinado, elaborado pelo Executivo e aprovado pelo Legislativo, para atender às demandas da sociedade a partir de prioridades estabelecidas, associado ao planejamento e gestão pública, como demonstram alguns dos vários conceitos encontrados na literatura.

Koscianski (2003) relaciona ideias relevantes sobre orçamento, a saber:

[...] um documento que contém a previsão das receitas e a fixação das despesas para determinado exercício financeiro,[...]representa importante instrumento de gerenciamento e de controle dos recursos públicos na busca pela realização do bem-estar social [...] contribuindo a sociedade com as receitas públicas e o governo com a realização das despesas com probidade e eficiência (KOSCIANSKI, 2003, p. 53).

Kohama (2006) apud Lima (2011), em matéria relativa ao orçamento público, acrescenta:

[...] trata-se de um instrumento de planejamento que espelha as decisões políticas, estabelecendo as ações prioritárias para o atendimento das demandas da sociedade, em face da escassez de recursos. Apresenta múltiplas funções - de planejamento, contábil, financeira e de controle. Ao mesmo tempo, por ser o instrumento de administração das ações governamentais, cabe a ele mensurar as próprias condições internas necessárias para a execução dos planos previstos (LIMA, 2011, p.21).

Filho (2012, [s.p]) elabora um conceito de orçamento público tendo em vista instrumentalizar os novos gestores na função pública, a saber:

Ferramenta legal de planejamento do Ente Federativo onde são apresentadas as previsões de receitas e despesas fixadas que serão realizadas pelo ente, em determinado período, objetivando a execução de programas de governo (manutenção e investimentos), bem como transferências constitucionais, os pagamentos de dívidas e outros encargos decorrentes da atividade governamental (PERNAMBUCO, 2012, [s.p]).

O orçamento tradicional prevê ênfase nos gastos em detrimento das realizações de governo, enquanto o orçamento por desempenho apresenta significativos avanços, passando a contemplar “não apenas projetar receitas e despesas, mas saber onde estava gastando e porque se estava gastando o recurso” (BRASIL,2012b, [s.p]).

A introdução do orçamento-programa apresentou significativos avanços no que diz respeito à vinculação do orçamento a um sistema de planejamento público importando as realizações do governo (GIACOMONI, 2012 p. 162).O orçamento-programa originou-se na

URSS, antes da Segunda Guerra Mundial, e passou a ser incorporado por países da economia de mercado, além de países orientados pela ONU e CEPAL (KOSCIANSKI, 2003, p. 68). Na experiência brasileira, o orçamento-programa se faz presente desde a década de 1930. Nos anos 1960, foram elaboradas as primeiras disposições legais do orçamento-programa, sendo adotado oficialmente no Brasil por força da Lei Federal nº 4.320, de 1964.

São três os instrumentos do orçamento-programa no Brasil: o plano plurianual (PPA); as diretrizes orçamentárias (LDO); e os orçamentos anuais (LOA) (BRASIL, 1988). Governar por programas constitui condição fundamental para a existência de orçamento-programa. Programa é definido como “uma *unidade de decisão* para resolver determinados problemas eleitos pelo governo (e não por essa ou aquela unidade do governo) [...] quebrando assim a *lógica departamental*” (PIRES, 2008, p. 2, grifo nosso).

Em essência, o programa SEPLAN/COGEPE (2013, p. 8) “*resulta do reconhecimento de carências, demandas sociais e econômicas e de oportunidades inscritas nas prioridades e diretrizes políticas expressas nas orientações estratégicas do Governo*”.

Do ponto de vista conceitual, um programa é:

[...] o resultado de organização da ação governamental com vista ao enfrentamento de um problema. Articula um conjunto coerente de ações (orçamentárias e não orçamentárias), necessárias e suficientes para enfrentar o problema, de modo a superar ou evitar as causas identificadas, como também aproveitar as oportunidades existentes (SEPLAN/COGEPE, 2013, p.8)

Os atributos do programa incluem: denominação do programa, objetivo, público-alvo, unidade responsável, tipo de programa, horizonte temporal, ações intersetoriais, valor parcial e total do programa, indicador e ações (*projeto, atividade, outras ações e operações especiais*), como se verifica no Anexo B desta dissertação.

Rocha ([s.d.]) elaborou uma síntese, destacando as seguintes características do orçamento-programa: integração planejamento-orçamento; quantificação dos objetivos e fixação de metas; relação insumo-produto; alternativas programáticas; acompanhamento físico financeiro e avaliação de resultados e gerência por objetivos.

O orçamento-programa é composto de programas, funções e subfunções, e classificações orçamentárias – classificação institucional, classificação econômica e classificação funcional-programática (PIRES, 2008, p. 1).

O programa é o módulo comum integrador do PPA com o orçamento, organizando a ação governamental; as funções representam as atribuições permanentes de um governo; as subfunções agregam os meios e instrumentos para o alcance das funções.

A apresentação orçamentária é feita de forma codificada, através da combinação das três classificações orçamentárias: Classificação Institucional; Classificação Funcional-Programática e Classificação da Receita e da Despesa (BRASIL, 1999; 2001).

A Classificação Institucional tem por finalidade principal evidenciar os órgãos que gastam os recursos de conformidade com a programação orçamentária. A Classificação Funcional-Programática agrega a classificação funcional, que inclui as funções e subfunções, e a classificação programática inclui os programas compostos por atividades, projetos e operações especiais. A Classificação da Receita e da Despesa se refere às fontes dos recursos e a especificação do gasto público (GIACOMONI, 2012, p. 90).

Para Giacomoni (2012, p. 109), a classificação da despesa segundo a natureza compreende “categorias econômicas, grupos, modalidade de aplicação e elementos”, a saber:

-a **categoria econômica** compreende as **despesas correntes** (grupos: 1-Pessoal e Encargos Sociais, 2- Juros e Encargos da Dívida e 3- Outras despesas correntes) e **despesas de capital** (4- Investimentos, 5- Inversões financeiras e 6- Amortização da Dívida);

-na **modalidade de aplicação** indica-se se os recursos que serão aplicados mediante transferência financeira, inclusive decorrente de descentralização orçamentária para outros níveis de Governo, seus órgãos ou entidades, ou diretamente para entidades privadas sem fins lucrativos e outras instituições;

-a **categoria elementos** esta relacionada ao objeto do gasto (remuneração de pessoal, obrigações patronais, material de consumo, serviços de terceiros, equipamentos, etc.).

A classificação da receita, segundo Giacomoni (2012, p.139), compreende: categorias econômicas, incluindo receitas correntes e de capital; fontes provenientes de transferências voluntárias, tributária, etc.; e institucional, com a unidade responsável pela receita.

Depois de aprovado pelo Legislativo, o orçamento retorna ao Executivo para ser executado, o que implica fazer um programa de desembolso e realizar licitação para aquisição

e/ou contratação dos bens e serviços, seguida da efetivação da despesa que se fará por meio de três estágios que compreende: empenho, liquidação, pagamento (GIACOMONI, 2012, p. 310).

A Lei nº 4.320/64 prevê alterações no orçamento para situações de insuficiência de créditos orçamentários ou inexistência de créditos orçamentários para realização das despesas, através do mecanismo denominado de crédito adicional, que compreende: crédito suplementar destinado a reforçar dotações orçamentárias; crédito especial, que tem por finalidade atender despesas em crédito específico; e o crédito extraordinário, destinado a atender despesas imprevisíveis e urgentes (BRASIL, 1964).

4.1 Instrumentos de planejamento integrantes do orçamento-programa

O processo orçamentário, assim como o planejamento governamental, é constituído pelo *Plano Plurianual* (PPA), *Lei de Diretrizes Orçamentárias* (LDO) e a *Lei de Orçamento Anual* (LOA).

O PPA orienta a Administração Pública na execução dos gastos e na aplicação dos investimentos. Trata-se de um grande plano de governo que organiza as demandas da sociedade nas diversas áreas, tais como saúde, educação, ciência e tecnologia, assistência social, segurança pública, justiça, trabalho e renda, agricultura, entre outras.

No PPA são definidas as prioridades do Poder Executivo para um período de quatro anos. Passa a vigorar a partir do segundo ano de uma gestão e se estende até o primeiro ano de outra gestão. O plano plurianual estabelece as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital (relativas a obras e construção de equipamentos públicos) e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada. Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade. O Executivo tem que enviar a proposta do PPA ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo (GIACOMONI, 2012, p.223).

A LDO estabelece as metas e prioridades para o exercício financeiro subsequente, orienta a elaboração do Orçamento (Lei Orçamentária Anual - LOA) e dispõe sobre alterações na legislação tributária. A LDO é a lei anterior à lei orçamentária, que define as metas e

prioridades em termos de programas a serem executados pelo governo(GIACOMONI, 2012, p.225).

A LOA disciplina todos os programas e ações do governo em exercício.Nenhuma despesa pública pode ser executada sem estar consignada no orçamento, e se durante o exercício financeiro houver necessidade de realização de despesas acima do limite que está previsto na Lei, o Poder Executivo submete ao Legislativo um novo projeto de lei solicitando crédito adicional. A vigência da LOA é anual e o Executivo tem que enviar o projeto de Lei Orçamentária Anual até 31 de agosto de cada ano (GIACOMONI, 2012, p.230).

5 ALINHAMENTO ENTRE PLANEJASUS E ORÇAMENTO-PROGRAMA

A interdependência entre os instrumentos de planejamento é reflexo da visão integrada do processo de planejamento integrado governamental nas três esferas de governo. O planejamento, do ponto de vista das finanças públicas e dos orçamentos, conforme os preceitos constitucionais, constitui objeto da Política Fiscal e o Planejamento, do ponto de vista da Saúde, constitui objeto da Política de Saúde, cada área com seus respectivos instrumentos conforme a figura 1:

Figura 1. Instrumentos de planejamento por tipo de política



Fonte: CNS/MS -Francisco R. Funcia - Brasília, 29/05/2012

As respectivas áreas possuem características, linguagem e metodologias próprias que foram desenvolvidas com nível de detalhamento, rigor teórico e técnico, dispositivos legais próprios e princípios distintos conforme já apontados nos capítulos anteriores. Entretanto, a integração é fundamental para que as ações e metas previstas produzam o resultado esperado, colocando a serviço da sociedade os bens e serviços para o atendimento das necessidades mediante a execução orçamentária das ações programadas.

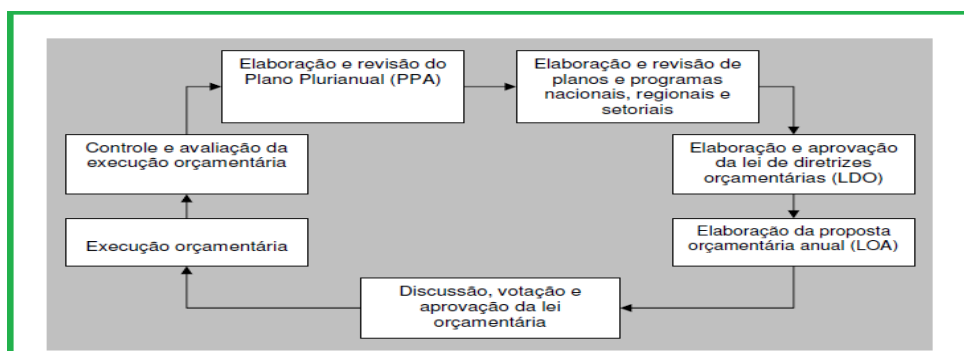
Segundo Relatório do Banco Mundial (2007, p. 13), “a boa integração entre a etapa de planejamento e as etapas orçamentárias, incluindo coerência entre ambas, é uma exigência fundamental para uma política pública sólida e gestão de gastos adequada”. Nesse sentido, a interdependência é inerente ao processo de planejamento e execução orçamentária do SUS e, segundo consta no Relatório do Banco Mundial (2007), compreende as etapas: planejamento das ações, preparação e aprovação do orçamento, execução orçamentária, controle e prestação de contas. Cada uma dessas etapas tem prazos legais definidos.

O planejamento e o orçamento estão constitucionalmente definidos (BRASIL, 1988), integram o ciclo de gestão, são interdependentes e um não se realiza sem o outro. Em meio às respectivas especificidades, possuem elementos comuns que possibilitam o estabelecimento de interfaces, constituindo elementos de um mesmo processo e são a base para o atendimento das necessidades de saúde da população mediante a oferta de bens e serviços.

As *três dimensões* do planejamento devem ser mantidas em equilíbrio de forma a garantir os resultados pretendidos. São elas: *objetivos*- as intenções da instituição; *recursos financeiros* - alocação de recursos orçamentários; e *estrutura organizacional* - estrutura formal da instituição, com seus recursos humanos e materiais (SANTOS, 2006, p. 25).

O processo de planejamento e orçamento deve ser compreendido numa perspectiva sistêmica e processual tendo em vista que “como nas demais funções administrativas, a função orçamentária compreende um conjunto de elementos relacionados entre si (planos, programas, estratégias, etc.) e se realiza em etapas de forma dinâmica” (GIACOMONI, 2012, p. 210). Acrescenta ainda que o Plano Plurianual (PPA) constitui referência fundamental para as autorizações orçamentárias anuais mediadas pela LDO, passando pelo processo de elaboração, aprovação, execução, avaliação e reavaliação dos planos configurando o processo integrado de planejamento e orçamento, conforme a figura 2 :

Figura 2. Diagrama do processo integrado de planejamento e orçamento

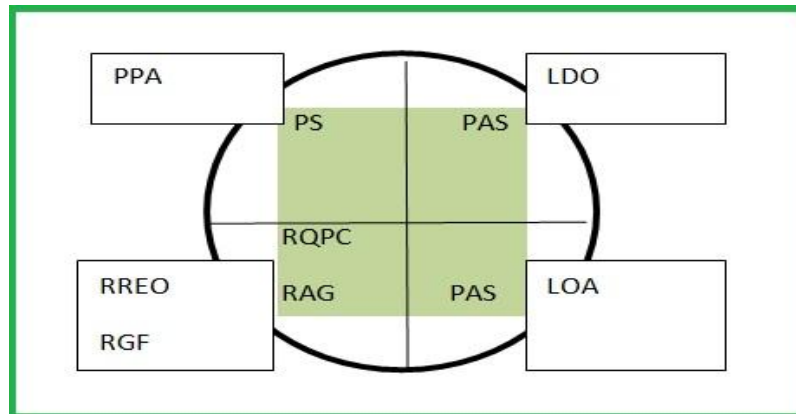


Fonte: Giacomoni (2012, p. 217).

Neste sentido, a interdependência entre planejamento e orçamento constitui característica fundamental do processo de planejamento integrado e se materializa através da interação entre os instrumentos de planejamento do SUS e da Gestão Municipal nesta dinâmica sistêmica e processual, como expressa a figura 2.

A figura 3 demonstra as interfaces entre os instrumentos de planejamento, os pontos de interseção deixando claro que existem pontos comuns e especificidades, sem substituição de um pelo outro.

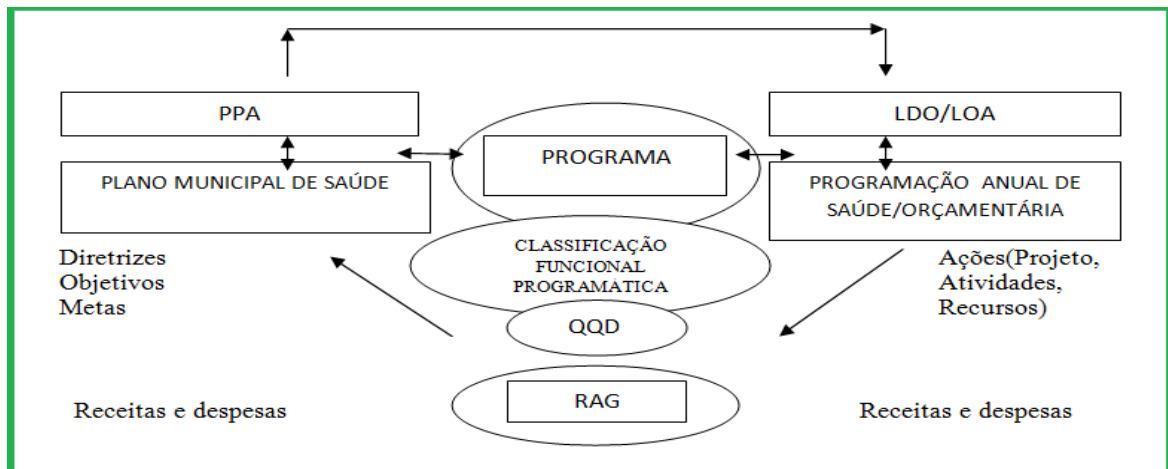
Figura 3. Ciclo orçamentário e planejamento do SUS



Fonte: Brasil-MS/CNS (2011b).

As interfaces entre os instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa devem levar em consideração que diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde (PMS) correspondem às diretrizes, objetivos e metas do Plano Plurianual (PPA). Destes dois instrumentos derivam as ações (atividades e projetos) que compõem a Programação Anual de Saúde (PAS) e devem estar contempladas na LDO/LOA, expressa através do “programa” que, por sua vez, dará origem à Classificação Funcional Programática e ao Quadro de Detalhamento de Despesas (QDD). O conjunto destes elementos fará parte do Relatório Quadrimestral e Anual de Gestão, conforme mostra a figura 4:

Figura 4. Interações entre os instrumentos de planejamento e estrutura programática



Fonte: A autora, 2013.

Como foi demonstrado na figura 4, acima, os elementos “programa”, “classificação funcional-programática” e “Quadro de Detalhamento de Despesas” estão relacionados ao processo de orçamentação e integram o sistema de planejamento, sendo necessário compreendê-los como parte de um todo (MTO, 2002).

O exemplo no quadro 2 demonstra como as informações são apresentadas no Quadro de Detalhamento de Despesas, que constitui uma ferramenta de referência para execução do orçamento. Inclui a classificação funcional programática nela embutida, mas não de forma explícita, as informações referentes aos projetos e atividades, que por sua vez estão relacionadas às prioridades, diretrizes, objetivos e metas definidos no PMS/PPA, LDO-LOA/PAS:

Quadro 2. Quadro de detalhamento de despesa

Órgão:	08	Secretaria Municipal de Saúde			99.928.280,00
Jn. Orçamentária:	01	Fundo Municipal de Saúde			99.928.280,00
Código	El. Despesa	F/S	Descrição	Fnt	Inicial
10.122.001.2.006.000			Manutenção e Funcionamento da SEMUS		38.854.660,00
000001	3.1.90.04.00	F	Contratação por Tempo Determinado	000	9.100.000,00
000091	3.1.90.04.00	F	Contratação por Tempo Determinado	016	5.870.000,00
000002	3.1.90.09.00	F	Salário-Família	000	65.000,00
000003	3.1.90.11.00	F	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	000	15.860.000,00
000096	3.1.90.11.00	F	Vencimentos e Vantagens Fixas - Pessoal Civil	012	120,00
000086	3.1.90.13.03	F	Contribuição para o Regime Geral de Previdência	000	3.500.000,00
000087	3.1.91.13.02	F	Contrib. patronal p/ Regime Próprio de Previdência - PREVIDE	000	1.440.000,00
000094	3.2.90.21.00	F	Juros sobre a Dívida por Contrato	000	65.640,00
000078	3.3.20.93.00	F	Indenizações e Restituições	000	50.000,00
000079	3.3.20.93.00	F	Indenizações e Restituições	012	12.740,00
000080	3.3.30.93.00	F	Indenizações e Restituições	000	1.000,00
000081	3.3.30.93.00	F	Indenizações e Restituições	012	1.000,00
000004	3.3.70.41.00	F	Contribuições	000	115.000,00
000075	3.3.90.14.00	F	Diárias - Civil	000	2.000,00
000005	3.3.90.30.00	F	Material de Consumo	000	6.000,00

Fonte: SEMUS-2009

Outro aspecto importante é estabelecer a correspondência entre os blocos de financiamento da Saúde, que constitui o mecanismo através do qual é feito o repasse de recurso, e as classificações por subfunções da despesa a ser realizada.

O quadro3 demonstra a correspondência entre os blocos de financiamento e as subfunções.

Quadro 3 - Correspondência entre os blocos de financiamento e as subfunções

BLOCO DE FINANCIAMENTO	SUBFUNÇÕES
BLOCO DE GESTÃO	121 - Planejamento e Orçamento 122 - Administração Geral 123 - Administração Financeira 124 - Controle Externo 125 - Normalização e Fiscalização 126 - Tecnologia da Informação 127 - Ordenamento Territorial 128 - Formação de Recursos Humanos 129 - Administração de Receitas 130 - Administração de Concessões 131- Comunicação Social
BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA	301 - Atenção Básica
BLOCO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
BLOCO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	304 - Vigilância Sanitária 305 - Vigilância Epidemiológica 306 - Alimentação e Nutrição
BLOCO DE INVESTIMENTOS	Quaisquer das Subfunções acima

Fonte: Sessões temáticas de instrumentalização das equipes gestoras em saúde (COSEMS-RN, 2010).

Neste sentido, as áreas que respondem pelos instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa devem trabalhar em conjunto; as equipes responsáveis pelos referidos instrumentos devem ter conhecimento sobre o processo como um todo; a forma e conteúdo entre os respectivos instrumentos devem guardar coerência, ainda que utilizem mecanismos diferentes para expressá-los; os prazos devem estar alinhados tendo em vista que estão legalmente constituídos; e os sistemas de informação das respectivas áreas devem ter capacidade para dialogarem.

Da mesma forma que os aspectos metodológicos, a correspondência entre os prazos também é fundamental para a interação entre os instrumentos de planejamento e orçamento. O quadro 4, a seguir, apresenta a correspondência entre os prazos, estabelecidos legalmente, para os instrumentos do SUS e da gestão municipal.

Quadro 4. Horizonte temporal: correspondência entre os prazos (continua)

INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO	DEFINIÇÃO	VIGÊNCIA	PRAZO	APRECIÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO LEGAL
Plano Plurianual – PPA	Instrumento de planejamento estratégico de governo, devendo prever as obras e os investimentos que serão realizados durante os quatro anos de sua vigência, bem como todas as despesas decorrentes desses investimentos	Quadrienal	2º ano de governo ao 1º ano de governo da gestão seguinte	Deve ser apreciado e aprovado pelo CMS.	CF-88. Art. 165
Plano Municipal de Saúde –PMS	Eixo norteador da programação anual de saúde e dos serviços de saúde, no qual deve conter as necessidades de saúde do município, contemplando todas as áreas da atenção.	Quadrienal	2º ano de governo ao 1º ano de governo da gestão seguinte	Deve ser apreciado e aprovado pelo CMS e inserido no PPA	CF Art.165, ADCT Art.35, Lei nº 8080/90, Lei 8.142, Lei Orgânica Municipal, PT. nº 3332/06, Lei Complementar 141/2012
Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO	Compreende as metas e prioridades da administração pública federal.	Anual	Abril do exercício vigente para o ano seguinte	CMS, Legislativo	CF-88 Lei 101/00 - Lei de Responsabilidade Fiscal
Lei Orçamentária Anual –LOA	Estima receita e fixa despesa pública. Define de forma antecipada as diretrizes e prioridades de gastos que devem orientar a laboração da Lei Orçamentária Anual.As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o PPA, restrita a um ano específico.	Anual	Agosto do exercício vigente para o ano seguinte	CMS, Legislativo	CF-88 Lei nº 4320/64
Programação Anual de Saúde –PAS	Determina o conjunto de ações que permitem concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde	Anual	Abril do exercício vigente para o ano seguinte	Deve ser apreciada e aprovada pelo CMS e inserida na LOA	Pt.nº 3332/06, Lei Complementar 141/2012
RELATORIO ANUAL DE GESTÃO -RAG - SARGSUS	Apresenta o desempenho da execução da Programação Anual de Saúde	Anual	Março do exercício seguinte	Deve ser apreciado pelo CMS e encaminhado à CIB, para conhecimento, até 31 de maio de cada ano, com a	Lei nº 8142/90, PT. nº 3176/08, PTMS nº 1.229/07,

				resolução do CMS que o aprovou e ao Tribunal de Contas do Estado	PT GM/MS n° 3.176/08, Acórdão TCU n° 1.459/11, PT MS n° 575/12, Lei Complementar 141/12
Relatório quadrimestral detalhado –RDQ	Relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.	Quadrimestral	Maior, Setembro do exercício vigente e Fevereiro do ano seguinte	Deve ser apreciado pelo CMS e apresentado em Audiência Pública	Lei n° 8142/90, Pt. n° 3176/08, Resolução CNS n° 459, Lei Complementar 141/2012
RREO	Relatório resumido de execução orçamentária	Bimensal	A cada dois meses	Deve ser apresentado e apreciado pelo CMS	CF-88 Art. 52 da LRF 101/00
RGF	Relatório de Gestão Fiscal	Quadrimestral	A cada 4 meses	Deve ser apresentado e apreciado pelo CMS	Art. 54 - Lei Complementar 101/2000

Fonte: adequação da Nota Técnica-PMS-2014-2017-PB e Parecer técnico Jurídico n° 018/2010.

6 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida se caracteriza por ser um estudo *exploratório e descritivo*. A pesquisa exploratória permite uma aproximação e compreensão mais ampla com o objeto de investigação, que em geral é pouco conhecido. A descritiva tem como principal preocupação a descrição do fenômeno sem necessariamente ter que explicá-lo, aproximando-se da exploratória na medida em que permite uma visão nova do problema. Ambas as pesquisas têm sido, de forma mais recorrente, utilizadas para elucidar problemas de “atuação prática”. Segundo Gil (1995, p. 44):

As *pesquisas exploratórias* têm por finalidade principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. [...]. As *pesquisas descritivas* têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Acrescenta o autor que o estudo exploratório permite a associação de vários métodos como: utilização de fontes secundárias, levantamento de experiência, estudo de caso e observação informada (GIL, 1995).

Na presente pesquisa, dois passos metodológicos foram utilizados, a pesquisa *bibliográfica* e a *documental*. O estudo bibliográfico abordou os temas “planejamento” e “orçamentação em saúde”, a partir das produções teóricas de autores selecionados, na forma de livros, artigos científicos, teses, monografias, legislação federal, estadual e municipal. Na pesquisa documental foram levantadas informações sobre o planejamento do município de Belford Roxo e sua execução orçamentária, para permitir a compreensão sobre o objeto de estudo, ainda pouco investigado.

A pesquisa documental buscou resgatar documentos como: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), Quadro de Detalhamento de Despesa (QDD), Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatórios de Gestão; atas de reuniões, relatórios do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), quadro de evolução de despesas, dados das bases oficiais do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), do Sistema Integrado de Administração Pública (SIAP) e do Departamento de Informática do SUS

(DATASUS). A análise dos dados teve por referência a interpretação qualitativa, o que implica:

[...] estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte (MINAYO, 1992).

Nesta pesquisa procurou-se identificar, descrever e compreender os principais problemas que interferem no alinhamento do PlanejaSUS e orçamento-programa municipal, bem como as implicações para o planejamento e a gestão de saúde no âmbito municipal. Neste sentido, para orientar o estudo tendo em vista atender aos objetivos propostos, partiu-se das seguintes questões norteadoras:

- ✓ Quais são os elementos constitutivos do Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS?
- ✓ Quais são os elementos constitutivos do orçamento-programa?
- ✓ Como se estabelece a correspondência entre PlanejaSUS e orçamento-programa?
- ✓ Quais são os fatores que dificultam a integração entre PlanejaSUS e orçamento-programa?
- ✓ Quais as implicações para a Gestão Municipal?

O referencial teórico que serviu de base para compreender e dar significado aos fatos estudados teve por base os conceitos sobre PlanejaSUS, orçamento-programa e Planejamento Estratégico Situacional.

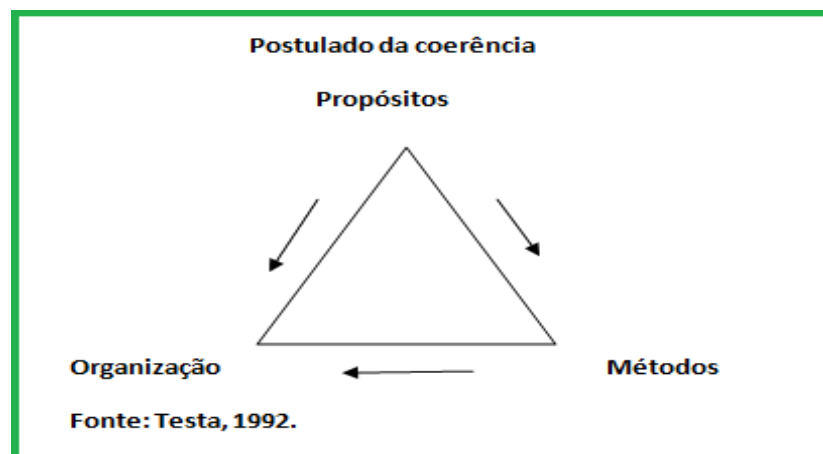
O Planejamento Estratégico Situacional está relacionado (TEIXEIRA, 2010) ao “desenvolvimento da ‘ciência e das técnicas de governo’ [...] sendo proposto como teoria geral da planificação”. Isso o torna elegível para orientar teoricamente as práticas de planejamento, como serve de aporte conceitual para estudos e pesquisas. Neste sentido, orientou teoricamente o PlanejaSUS e o orçamento-programa e por esta razão serviu de base para realizar a análise da interação entre ambos, a partir dos principais conceitos e procedimentos metodológicos: conceito de situação, poder e recursos; procedimento metodológico; triângulo de governo e triângulo de ferro.

A análise dos fatores que interferem na interação entre planejamento implica a análise do processo de formulação e implementação dos instrumentos de planejamento do PlanejaSUS e do orçamento-programa de forma articulada e da infraestrutura capaz de viabilizar esse processo. Neste sentido, tomou-se por referência o modelo de análise baseado

no Postulado da Coerência, sistematizado por Mario Testa tendo sua importância (TEIXEIRA, 2010, p. 26) “no fato de se constituir em um modelo de análise que pode ser aplicado ao estudo de processos de formulação e implementação de políticas de saúde”.

O Postulado da Coerência, para Testa (apud TEIXEIRA, 2010) contempla os propósitos de um governo (permanência, crescimento ou mudança - Planos e Programas de governo), os métodos utilizados para concretizar estes propósitos (Práticas de Planejamento - métodos e tecnologia de gestão, inclusive enfoque adotado para o planejamento, programação e avaliação de planos, programas e projetos) e a organização das instituições onde realizam as atividades governamentais (estrutura e formas de organização do processo de trabalho - modelo organizacional das instituições do setor), expresso na figura 5, a seguir.

Figura 5: Postulado da Coerência



Fonte: TEIXEIRA, 2010

A partir do referencial, foi possível eleger as seguintes categorias de análise:

I - Componente “Propósitos de governo”

- ✓ Orientação dos propósitos de governo com relação ao Planejamento e Orçamento em Saúde a partir das seguintes questões: a implementação do O PlanejaSUS fez parte dos propósitos de governo do setor saúde e da gestão municipal? De quem ou de qual setor foi a iniciativa de implementar o PlanejaSUS? A implementação do PlanejaSUS se restringiu a determinações legais e/ou foi compreendida como uma ferramenta de gestão capaz de contribuir para o alcance da eficiente aplicação dos recursos públicos

em prol do atendimento as demandas da sociedade? Quais foram os setores da gestão envolvidos na implementação do PlanejaSUS?

II- Componente “Organização”

- ✓ Inserção organizacional da área de planejamento e orçamento na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo– SEMUS, a partir das seguintes questões: existe órgão responsável pela implementação do PlanejaSUS? O órgão esta inserido formalmente na estrutura organizacional? O setor ou órgão é responsável pelo planejamento e orçamentação? Quais são as atribuições do setor? Existe outro órgão que participa da implementação do PlanejaSUS?
- ✓ Formação e qualificação da equipe para formulação, implementação das práticas de do planejamento e orçamento-programa. Existe equipe capacitada em quantidade e qualidade para implementar o planejaSUS? O setor possui infraestrutura com material e equipamentos em qualidade e quantidade suficiente para implementar o PlanejaSUS?

II- Componente “Métodos”

- ✓ Processo de elaboração e implementação do *PlanejaSUS em compatibilidade com o orçamento-programa*, a partir das variáveis: horizonte temporal; e forma e conteúdo dos instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa, tendo por referência as determinações legais, referencial teórico metodológico e as seguintes questões: os objetivos, diretrizes e metas do PPA correspondem aos do PMS? A LDO/LOA reflete as ações da PAS? RAG expressa as diretrizes, objetivos e metas da PAS? O RAG apresenta os resultados da programação orçamentária por objetivo, ações e metas? Os programas estão relacionados aos objetivos do PMS e da PAS? Existe correspondência entre a classificação funcional, os blocos de financiamento do SUS e as subfunções? A classificação funcional-programática está adequada a classificação prevista na legislação? Quais os fatores restritivos ao

alinhamento do PlanejaSUS e orçamento-programa?Quais as implicações para o planejamento e gestão local?

6.1 O Município de Belford Roxo

Belford Roxo é um dos 92 municípios que compõem o estado do Rio de Janeiro. Foi emancipado em 1990, sendo desmembrado do município de Nova Iguaçu, Pertence à Região Metropolitana I, junto com os municípios de Mesquita, Queimados, São João de Meriti, Seropédica, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Nilópolis e Rio de Janeiro.

Possui área de 79,79 km², com população estimada de 474.596 habitantes em 2012, e densidade demográfica de 6231,8 hab/km².É a sexta cidade mais populosa do estado, localizada a 19,5 km da capital (RIO DE JANEIRO, 2012).

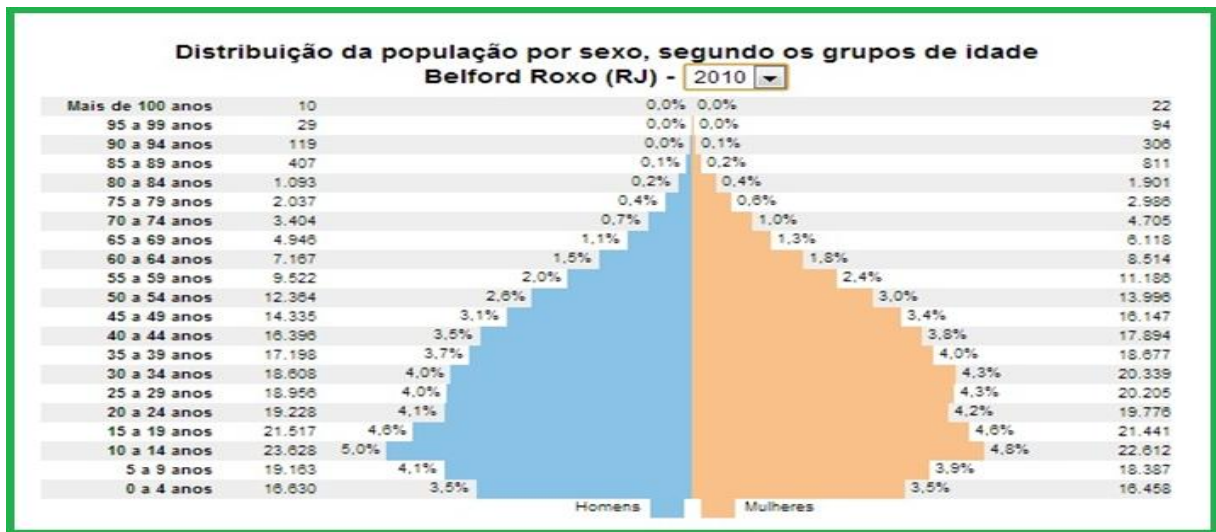
Figura 6. Mapa da Região de Saúde Metropolitana I



Fonte: SES-RJ (2012)

A população de Belford Roxo é predominantemente urbana, correspondendo a 100% de sua área, enquanto que, na Região Metropolitana, tal taxa correspondente a 99,5%. Apresenta concentração nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, ou seja, na população jovem. O quadro 5 apresenta a distribuição da população do município de Belford Roxo por faixa etária e sexo:

Quadro 5. Distribuição da população por sexo e faixa etária



Fonte: IBGE, 2010

O município apresentou uma taxa média de crescimento, no período de 1991 a 2000, de 2,09% ao ano, contra 1,17% na região e 1,30% no estado. Na década atual, a taxa média é de 1,7%, mostrando a desaceleração do crescimento, seguindo características gerais nacionais resultantes, em especial, da redução das taxas de fecundidade. Maior percentual de população jovem na faixa etária entre 14 e 19 anos (BELFORD ROXO, 2012).

O município de Belford Roxo está classificado com índice médio de desenvolvimento humano. No que diz respeito ao IDH¹ do município, observa-se que houve melhoria, pois em 1991 o índice era de 0,671, passando em 2000 para 0,742, sendo que a maior contribuição foi dada pelo aumento da expectativa de vida. Porém, também houve melhora no componente educação, sendo o componente renda aquele que teve o menor aumento. Se compararmos ao IDH do estado do Rio de Janeiro em 2000 (0,807), observa-se que Belford Roxo se encontra bem abaixo da média estadual. Já em relação à média nacional no mesmo ano (0,766), o município se aproxima um pouco (PNUD/2009).²

¹ IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) é um índice que serve de comparação entre os países, com objetivo de medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população. Este índice é calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH vai de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Quanto mais próximo de 1, mais desenvolvido é o país. Este índice também é usado para apurar o desenvolvimento de cidades, estados e regiões. No cálculo do IDH são computados os seguintes fatores: educação (taxas de alfabetização e escolarização), longevidade (expectativa de vida da população) e renda (PIB per capita).

² PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Site: www.pnud.org.br.

Em relação à renda, componente que menos contribuiu para o crescimento do IDH Municipal, percebe-se que grande parte da população se encontra em situação de extrema pobreza e miserabilidade. Dentre os que possuem rendimento (184.802 habitantes), 53,48% vivem com até dois salários mínimos. A média salarial mensal da população é de R\$458,59 (quatrocentos e vinte e oito reais e cinquenta e quatro centavos), segundo o IBGE (2010).

As atividades econômicas estão voltadas basicamente para o setor terciário da economia. O desenvolvimento industrial ficou restrito a Bayer, Lubrizol, Termolite e algumas empresas transportadoras. Belford Roxo é considerada cidade-dormitório, pelo fato de parcela significativa da população se deslocar para o Rio de Janeiro em busca de trabalho.

Em 2006, a distribuição do PIB por setor da economia mostrou que 71,47% do PIB municipal são atribuídos ao setor de serviços, 21,39% à indústria (indústria química e de construção civil) e somente 0,06% atribuídos às atividades primárias. O PIB de Belford Roxo representa 1,52% do PIB da Região Metropolitana.

Com relação aos indicadores de condições de vida, observou-se que 81,40% da população têm acesso à canalização interna de água em pelo menos um cômodo; 81,40% dos domicílios dispõem de esgoto sanitário adequado (rede geral de esgoto ou pluvial e fossa séptica); 88,10 % dos domicílios são servidos pelos serviços de coleta de lixo; 76,00% tinham energia elétrica distribuída pela companhia responsável (uso exclusivo). (IBGE, 2010).

Apesar de demonstrarem um crescimento nos últimos anos, esses indicadores mostram a necessidade de investimento no município em diversas áreas, para que se tenha efetivamente um aumento na qualidade de vida da população.

6.1.1 Rede de atenção à saúde

O município de Belford Roxo aderiu ao Pacto de Gestão em 2009, assumindo os compromissos preconizados, entre eles, o compromisso com a implementação da forma de gestão solidária e participativa. A forma de participação da população usuária predominante é a representativa sendo o CMS o principal interlocutor das demandas dos usuários.

O sistema de saúde de Belford Roxo é formado por serviços próprios e serviços conveniados com o SUS. A gestão vigente no período 2009-2010 priorizou o fortalecimento

das ações de Atenção Básica, com ênfase na promoção e prevenção da saúde, tendo por referência a concepção de Vigilância em Saúde, integrando-a com a assistência de alta e média complexidade, urgência e emergência e atenção hospitalar, organizada de forma descentralizada, territorializada e acessível a toda população, para que fosse possível atender adequadamente às necessidades de saúde da população do município.

A tabela 1 apresenta a composição da Rede de Atenção à Saúde, por esfera administrativa.

Tabela 1. Tipo de estabelecimento por esfera administrativa, Belford Roxo - 2010

Tipo de Estabelecimento	Municipal	Privado	Total
Unidade Básica de Saúde	10	-	10
Centro de Atenção Psicossocial	3	-	3
RT	3		3
Clínica Especializada / Ambulatório Especializado	6	16	22
Hospital Geral / Especializado	1	3	4
Unidade de Pronto atendimento – UPA	1	-	1
Unidade Mista	1	-	1
Policlínica Regional de Saúde	6	-	6
Unidade de Vigilância em Saúde	2	-	2
Unidade de Saúde da Família – PSF	21	-	21
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia(Laboratório)	1	2	3

Fonte: CNES, 2013.

A tabela 2 demonstra o número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS) e equipes de do Serviço de Atenção Domiciliar.

Tabela 2. Demonstrativo de equipes

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	2	-	2
Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS	5	-	5
Equipes de Saúde da Família	25	-	25
EMAP	1		1
EMAD	2		2

Fonte: CNES,2013.

6.1.2 Indicadores

A série histórica dos indicadores de saúde correspondente ao período 2009-2012 não demonstrou mudanças significativas que pudessem refletir melhoria das condições de saúde de população, conforme demonstra o quadro 6, a seguir:

Quadro 6. Série histórica dos indicadores de saúde 2009-2012

Indicadores de Transição Pacto pela Saúde - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP - 2012 Rio de Janeiro					
Município: Belford Roxo - Período:2009-2012					
INDICADORES	2009	2010	2011	2012	Total
Média escov dental superv por Município e Ano	0,31	0,24	0,52	0,44	0,38
Cob acomp condic saúd PBF por Município e Ano	20,42	20,99	32,39	28,18	25,38
Cob equipes atenção básica por Município e Ano	27,84	28,11	27,49	27,97	27,86
Cob equipes saúde bucal por Município e Ano	13,92	15,55	13,42	15,25	14,55

Fonte: SES- RJ

Fonte: MS-SISPACTO

A tabela 3 apresenta a evolução das despesas por elemento no período de 2009 a 2012:

Tabela 3. Demonstrativo de despesa com saúde por elemento de despesa

DESCRIÇÃO	2009	2010	2011	2012
Pessoal e encargos	40.584.282,26	41.923.729,61	47.523.321,85	51.292.630,30
Juros e Encargos da Dívida	5.074,58	65.605,20	65.605,20	54.671,00
Outras despesas correntes	49.796.043,19	57.284.280,17	58.690.246,25	62.765.240,19
Investimentos	151.597,89	1.020.788,08	644.575,90	641.033,59
Inversões financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00
Amortização da Dívida	110,738,46	233.113,56	233.113,56	298.715,44
DESPESTATOTALTOTAL	90.647.736,38	100.491.516,62	107.156.862,76	115.052.290,50

Fonte: SIOPS.

As despesas com pessoal e encargos representam em média 44% do total da despesa em saúde e as despesas correntes representam em média 55% da despesa em saúde. Dos 55% das despesas correntes, no mínimo 40% correspondem aos gastos com prestadores SUS.

A tabela 4 apresenta a evolução da aplicação dos recursos por fonte no período de 2009 a 2012.

Tabela 4. Demonstrativo da aplicação de recursos por fonte e por habitante

DESCRIÇÃO	2009	2010	2011	2012
%R.Próprios em Saúde-EC 29 por Municípios e Ano	22,37	20,14	19,4	18,98
D.R.Próprios por Ano	29.195.531,71	33.194.168,72	33.560.206,82	33.957.310,97
%Transf.SUS/D.Totalpor Ano	66,22	67,20	66,90	77,93
R.Transf.SUS por Ano	60.022.778,31	67.530.274,29	71.689.645,16	89.657.137,88
D.Total Saúde/Hab	180,74	200,36	227,02	242,42

Fonte:SIOPS.

O percentual de recursos próprios aplicados teve decréscimo no período de 2009 a 2012, sem contudo deixar de cumprir o percentual mínimo fixado em lei. Com relação aos recursos SUS, a tendência foi crescente, sendo responsável, em média, por 70% das despesas com ações e serviços de saúde. A tabela5 apresenta a evolução das despesas com saúde por subfunção.

Tabela 5.Despesa com saúde por subfunção

SUBFUNÇÃO	2009	2010	2011	2012
Atenção Básica	5.241.625,25	7.304.615,79	8.400.419,51	7.497.647,11
Assistência Hospitalar e ambulatorial	46.464.873,17	51.223.514,39	53785.498,51	54.940.373,17
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	2.323.532,06	1.100.044,90	4.312.443,60
Vigilância Sanitária	73.363,40	159.184,94	478.784,21	810.640,20
Vigilância Epidemiológica	1.718.091,47	3.614.729,85	3.579.226,58	3.256.871,66
Alimentação e Nutrição	78.628,20	0,00	0,00	0,00
Outras subfunções	37.071.154,89	35.865.939,59	39.812.889,50	44.234.314,78

Fonte: SIOPS-RREO.

A evolução das despesas com Atenção Básica está restrita à Estratégia de Saúde da Família. As despesas com Atenção Básica tradicional estão vinculadas à subfunção 302 - Atenção Hospitalar e ambulatorial. A tabela 6 apresenta o repasse de recursos por subfunção no período de 2009 a 2012.

Tabela 6: Repasse recurso SUS por subfunção no período 2009-2012

SUBFUNÇÃO	2009	2010	2011	2012
Transf. não regulamentada	240.000,00	240.000,00	20.00,00	----
Vigilância em Saúde	2.104.038,28	2.894.389,80	3.661.525,71	3.635.017,54
Assistência Hospitalar e ambulatorial	39.357.010,28	41.302.950,49	45.456.439,99	59.215.631,21
Gestão do SUS	49.300,00	204.000,00	197.000,00	522.000,00
Investimento	-----	80.000,00	208.279,67	383.615,00
Atenção Básica	11.915.529,95	14.438.707,31	15.849.525,52	17.771.399,19
Suporte	1.970.275,56	2.295.751,63	3.991.030,60	2.777.874
Prof.Terapêutico				

Fonte: SIOPS (2009-2012).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO: INTERAÇÕES ENTRE O PLANEJASUS E ORÇAMENTO-PROGRAMA NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO DE 2009 A 2012

Esta pesquisa pretendeu conhecer e identificar os problemas que interferem na interação entre o PlanejaSUS e o orçamento-programa, assim como as implicações para o Planejamento e Gestão Municipal em Belford Roxo.

A coleta de dados foi realizada através da análise documental contemplando os Instrumentos do PlanejaSUS e da gestão municipal, relatórios provenientes do SIOPS, SIAP, SARGSUS e DATASUS, e atas das reuniões do setor de Planejamento e do Conselho Municipal de Saúde, buscando manter coerência com a pesquisa bibliográfica sobre os temas PlanejaSUS, Orçamento-Programa e Planejamento Estratégico Situacional.

Para orientar a pesquisa documental, foi elaborada uma matriz de análise com base no Postulado da Coerência, sistematizado por Mario Testa, contendo três componentes: Propósitos de Governo, Organização da Instituição e Métodos.

A análise do componente “Métodos” teve como ponto de partida a descrição do processo de elaboração e implementação do PlanejaSUS e orçamento-programa considerando as variáveis “forma e conteúdo” e “horizonte temporal”. Foi acrescentado um diagrama que demonstra as inter-relações entre o planejamento e orçamento para orientar a análise correspondente ao tópico “forma e conteúdo”. Para compreensão mais objetiva dos principais resultados, foi elaborado um quadro-síntese para cada um dos componentes: “Propósitos de governo”, “Organização” e “Métodos”, presentes nos Anexos C, D e E.

A pesquisa documental foi realizada no período de janeiro a maio de 2013. O período que serviu de base para realizar a pesquisa compreendeu o quadriênio 2009-2012 da gestão municipal de Belford Roxo.

7.1 Resultado e discussão referente aos componentes do Postulado da Coerência

7.1.1 Componente “Propósitos de Governo”

Por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo, a estruturação e a implementação do PlanejaSUS integram o conjunto de iniciativas previsto no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, aprovado no Conselho Municipal de Saúde em 20 de junho de 2009, através da Resolução nº 325 (BELFORD ROXO, 2009).

De acordo ao Plano Municipal de Saúde 2010-2013, o PlanejaSUS integra o Eixo III - Aperfeiçoamento da Gestão Municipal, articulado ao programa de trabalho 001- Manutenção e funcionamento do Órgão, tendo por objetivo a “estruturação e qualificação da gestão pela incorporação de processos de planejamento inovadores e sustentáveis” e, como diretriz, “Institucionalizar e implementar o Sistema de Planejamento integrado e participativo”, com previsão para realizar ações a serem desenvolvidas ao longo dos quatro anos de governo (BELFORD ROXO, 2009a), a saber:

- Elaboração e implantação do projeto de estruturação do Sistema de Planejamento SUS.
- Estruturação do Núcleo de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.
- Realizar ações/atividades de Planejamento no âmbito da Secretaria de Saúde.
- Adquirir equipamentos, material gráfico gerencia/educativo/instrucional, equipamentos de informática, mobiliário e material de consumo para implementação das ações de planejamento e de capacitação.
- Estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa e extensão.
- Participação em congressos, seminários, fóruns e eventos.
- Realização de seminários, reuniões, fórum.
- Implantação de sistemas de planejamento - SARGSUS, SISREG/banco de dados de produção ambulatorial e hospitalar/HOSPUB.

-Implantação da sala de situação com elaboração de boletim informativo da rede de atenção à saúde.

-Elaborar relatórios de gestão, anual e trimestral, com divulgação no portal da transparência e para as equipes de gestão.

Com base na formulação do objetivo e diretriz, é possível inferir que a estruturação e implementação do PlanejaSUS tiveram o propósito de desencadear mudanças no sentido de aperfeiçoamento e qualificação da gestão da saúde sem prescindir das determinações constitucionais e da política de saúde, na medida em que prevê a institucionalização do Sistema de Planejamento do SUS (BELFORD ROXO, 2009a).

Observou-se também que a implementação do PlanejaSUS ficou mais circunscrita às equipes de gestão, técnicas e gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde, como demonstrado no Relatório Anual de Gestão 2012

A elaboração deste Plano se tornou viável pela contribuição de todos os gestores, e profissionais que têm trabalhado intensamente na formulação, implantação e implementação da Política Pública de Saúde. Várias informações que constam neste plano fazem parte do produto do trabalho das equipes, coordenações, direções e chefes de serviços. (BELFOD ROXO, 2012a).

Entretanto, os propósitos relacionados à institucionalização do PlanejaSUS não foram explicitados de forma detalhada no PPA, apesar de o Eixo III - Aperfeiçoamento da Gestão Municipal estar articulado ao Programa de Trabalho 001 do PPA - Manutenção e Funcionamento do Órgão. Evidencia-se assim a fragmentação entre a Política de Saúde e a Política de Gestão Municipal, no que diz respeito ao planejamento do SUS, impactando de forma restritiva na interação entre o planejamento e orçamento.

Do ponto de vista constitucional, Planejamento e Orçamento são interdependentes, e do ponto de vista teórico-metodológico, “Matus demonstra claramente que o plano e o orçamento se inter-relacionam[...], o orçamento contém a representação monetária de parte do plano” (SANTOS, 2006, p. 31).

7.1.2 Componente “Organização da Instituição”

A estruturação da área de planejamento na Secretaria Municipal de Belford Roxo iniciou-se em fevereiro de 2009. Essa área foi inserida na estrutura organizacional associada ao Setor de Regulação com a denominação de “Assessoria de Planejamento e Regulação” (BELFORD ROXO, 2009b), tendo relação direta com o gabinete do secretário municipal de Saúde. Possuía três cargos na sua estrutura. As atividades de planejamento estavam voltadas para o planejamento e organização da Regulação, incluindo a Programação Pactuada Integrada (PPI).

Em julho de 2009, a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde foi reorganizada, e o setor passou a ser denominado “Coordenação de Planejamento e Regulação”(BELFORD ROXO, 2009c). Em janeiro de 2011, a estrutura da SEMUS passou por nova alteração mantendo a Coordenação de Planejamento e Regulação manteve-se da mesma forma (BELFORD ROXO, 2011a). As atividades desenvolvidas no setor passaram a se relacionar exclusivamente à realização de convênios, permanecendo desta forma até agosto de 2011, quando houve mudança na gestão da Secretaria de Saúde, na estrutura organizacional, na ocupação dos cargos comissionados e nas atividades.

Em agosto de 2011, o planejamento foi desvinculado da regulação e a coordenação foi transformada em Assessoria Especial de Planejamento- ASPLAN (BELFORD ROXO, 2011b). Passou a contar com quatro cargos na estrutura do setor de planejamento, sendo um cargo de Assessor Especial II respondendo pela Assessoria de Planejamento; Diretor III vinculado à Divisão de Informação da ESF; Chefe de Divisão II vinculado à Divisão de Informação em Saúde; e Chefe de Serviço IV vinculado à Divisão de Informação em Saúde. Dos quatro cargos, somente o de Assessor Especial II foi ocupado para atender às demandas do setor de planejamento.

O setor foi instalado em uma sala com mobiliário e equipamentos de informática. O mobiliário e os equipamentos encontravam-se em bom estado, havendo necessidade de aquisição de novos equipamentos em quantidade suficiente e com capacidade operacional compatível com as demandas do setor. Como parte de sua estruturação, foi feita a definição das atribuições do setor.

Com essa mudança, a responsabilidade pela elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS (PMS, PAS, Relatório Quadrimestral e RAG), que antes ficavam a cargo da Superintendência de Atenção Básica, passou a ser de competência do setor de planejamento. No período de agosto de 2011 até o final de 2012, contou a seguinte equipe: um assessor especial II com inserção em Programa de Mestrado Profissional em Administração em Saúde; um técnico de planejamento concluindo mestrado em Saúde Pública (desligado no final de 2011); um assessor administrativo nível fundamental; um digitador com nível fundamental (remanejado para outro setor); e um técnico com nível universitário com carga horária reduzida. Esta equipe era insuficiente para suprir as demandas do setor face o volume de trabalho (RIO DE JANEIRO [Auditoria TCE], 2012).

A equipe responsável pela condução do processo de planejamento, tanto na Superintendência de Atenção Básica quanto no Setor de Planejamento, não dispunha de conhecimento específico sobre o PlanejaSUS, da mesma forma que as equipes de gestão, técnicas e gerenciais. Para atender às exigências deste Sistema de Planejamento, foram solicitadas ao Ministério da Saúde e à Secretaria de Estado de Saúde orientações e capacitações para sua implementação. Não houve disponibilidade da equipe do Ministério da Saúde para realização da capacitação, mas foram disponibilizados 750 exemplares dos *Cadernos do PlanejaSUS*.

De posse desse material, a equipe municipal promoveu a auto-capacitação e iniciou a multiplicação desse processo para as equipes de gestão, técnicas, gerenciais e do Conselho Municipal de Saúde. A equipe do setor de planejamento também aderiu ao programa de capacitação da Escola de Gestão e Contas do Tribunal de Contas do Estado (TCE/ECG), para participar dos cursos de Planejamento do SUS, Execução Orçamentária e Elaboração dos instrumentos de planejamento. Posteriormente, houve adesão das equipes de gestão, técnicas e gerenciais ao referido programa (BELFOR ROXO, 2012a).

Face ao exposto, é possível perceber que o processo de estruturação do setor de planejamento com infraestrutura e equipe capacitada para implementação do PlanejaSUS foi ocorrendo ao longo do quadriênio da gestão de 2009-2012. Embora o setor de planejamento tenha sido inserido na estrutura organizacional no início da gestão analisada, não teve como atribuição a implementação do PlanejaSUS, o que só ocorreu a partir do penúltimo ano da gestão, com o desmembramento do planejamento da regulação e criação da Assessoria Especial de Planejamento, em agosto de 2011 (BELFORD ROXO, 2011b).

A falta de estruturação do setor não constituiu fator impeditivo para a implementação do PlanejaSUS, tendo em vista que seu início ocorreu sob a responsabilidade da Superintendência de Atenção Básica, mas não facilitou, na medida em que as atividades só foram intensificadas quando o setor foi estruturado com definição de atribuições, infraestrutura, equipe capacitada, mesmo que insuficiente para atender às demandas do setor.

Esses são fatores muito importantes para a efetiva implementação do PlanejaSUS. A não estruturação de um setor responsável pelo PlanejaSUS restringe sua implementação de forma ascendente, contínua, articulada intra e intersetorial, integrada ao ciclo de gestão e solidária entre as áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS, conforme preconizado (BRASIL, 2008, p.27).

A falta de estruturação do setor de planejamento impactará interação entre planejamento e orçamento, tendo em vista que este setor é o ponto de partida e a base para coadunar a implementação desses dois processos, e não um fim em si mesmo. A busca por capacitação demonstra a dimensão da interação com outras áreas, na medida em que a necessidade de buscar conhecimentos sobre orçamento público, contabilidade, execução orçamentária foi uma constante, além dos conhecimentos próprios da área de planejamento do SUS.

Estas considerações remetem aos pressupostos do PlanejaSUS, que afirmam, entre outros, a necessidade de haver infraestrutura, recursos humanos em quantidade e qualidade, interação entre as áreas de planejamento e orçamento e, fundamentalmente, proximidade com os níveis de decisão (BRASIL, 2009a, p.13). Da mesma forma, o enfoque estratégico-situacional como sustentação teórico-metodológica situa o processo de planejamento no campo das interações, considerando que:

[...] a planificação de saúde não se restringe à programação de serviços, mas amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infraestrutura de recursos físicos, humanos e materiais. (TEIXERA, 2010, p. 22).

7.1.3 Componente “Métodos”

A elaboração dos instrumentos do PlanejaSUS – o PMS, a PAS e os Relatórios de Gestão Anual e Quadrimestral – eram de responsabilidade da Superintendência de Atenção Básica inicialmente e, depois, do setor de planejamento. A elaboração do PPA, LDO, LOA, Relatório de Gestão Financeira era de responsabilidade do Fundo Municipal de Saúde e da Gestão Municipal. Em 2011, o setor de planejamento começou a participar da elaboração da LOA em conjunto com o Fundo Municipal (FMS), e em 2012 incorporou a orçamentação da Programação Anual de Saúde.

A forma e o conteúdo estão relacionados à estrutura dos instrumentos do PlanejaSUS, que incluem diagnóstico situacional, diretrizes, objetivos, metas, indicadores, ações, recursos e responsáveis e horizonte temporal; e a estrutura dos instrumentos de planejamento integrantes do orçamento-programa inclui diagnóstico situacional, diretrizes, programa, objetivos dos programas, ações, meta, indicadores, recursos, fonte e responsáveis e horizonte temporal, variando de acordo com o tipo de instrumento.

7.1.3.1 Forma e conteúdo - Plano Municipal de Saúde e Plano Plurianual

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de Belford Roxo foi pautada na Política de Saúde, considerando os princípios, diretrizes, pactuações nacionais, estaduais e regionais, forma de financiamento por blocos; as deliberações da Conferência Municipal; e as referências da realidade local. Foi utilizada a metodologia participativa envolvendo as equipes gestora, técnicas e gerenciais.

A estrutura do Plano contemplou os itens: diagnóstico situacional, diretrizes, objetivos, metas e a referência ao programa de trabalho do PPA, com o respectivo valor orçamentário (BELFORD ROXO, 2010):

O Plano Municipal de Saúde faz parte do conjunto de ferramentas de gestão do Sistema de Planejamento do SUS, ancorados num arcabouço legal, que orienta os processos de formulação e aplicação dessas ferramentas de gestão. Para elaboração dos referidos instrumentos do sistema de planejamento, deve-se observar as necessidades locais de saúde, os compromissos pactuados

nas esferas de gestão, como o Pacto pela Vida, PROESF 2, o Termo de Compromisso de Gestão, Deliberações da Conferência Municipal de Saúde e demais compromissos assumidos no âmbito do Colegiado Gestor Regional - CGR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB, compatibilizados com Plano Plurianual - PPA. Imprescindível a apresentação dos instrumentos no Conselho Municipal de Saúde em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS e garantia dos mecanismos de Controle Social e Participação Popular (BELFORD ROXO, 2010a).

Os programas do PPA e os respectivos objetivos, referentes ao período 2010-2013, mantiveram a mesma estrutura da gestão anterior (2006-2009), com acréscimo de mais um programa referente à manutenção do Conselho Municipal de Saúde, ocorrendo o mesmo com a classificação funcional programática (BELFORD ROXO, 2006; BELFORD ROXO 2009d).

Conforme consta no Plano Municipal de Saúde, para cada objetivo estabelecido havia referência ao Programa de Trabalho do PPA, que já tinha sido elaborado pelo FMS procurando-se fazer adequação, pois nem todos os objetivos do PMS estavam contemplados no PPA. Com base nos documentos disponíveis, observou-se que os programas de trabalho do PPA não atendiam à dinâmica da Política de Saúde refletida no Plano Municipal de Saúde, o que foi demonstrado no Quadro de Detalhamento de Despesas de 2009 a 2012 (BELFORD ROXO, 2009; BELFORD ROXO, 2012a).

A classificação funcional programática apresentou inconformidades em relação à legislação vigente e a dinâmica da Política de Saúde que regulamenta o repasse de recursos para o financiamento das Ações e Serviços de Saúde. Neste sentido, o Programa 048-Operacionalização da Estratégia de Saúde da Família - NASF, classificado como subfunção-301 A Atenção Básica (vide quadro 5), contemplava somente a Estratégia Saúde da Família e seus componentes, recebendo recursos do bloco de financiamento da Atenção Básica fixo e variável, o que demonstra a restrição do programa em relação a todo o universo da Atenção Básica.

Da mesma forma, o Programa 028-Operacionalização dos Serviços da Rede Pública de Saúde, classificado como subfunção-302 Atenção Hospitalar e Ambulatorial, contemplava tanto a Atenção Básica Tradicional, financiada com recursos PAB, e as Ações da Atenção Especializada, incluindo atenção ambulatorial, hospitalar e urgência e emergência, financiadas com recursos da Média e Alta Complexidade.

O Programa 027 - Operacionalização dos Serviços da Rede de Saúde Privada consome em média, 40% dos recursos do orçamento da Saúde e 80% dos recursos SUS da Média e alta complexidade, o que caracteriza uma inversão na lógica da função complementar. O SUS é um sistema público de saúde e o setor privado conveniado participa do sistema público em

caráter complementar, mas não o substitui. O Programa 030 - destinado a Construção, Ampliação e Reforma e Unidades de Saúde, classificado com subfunção-302 Atenção Especializada, contemplava tanto os investimentos da Atenção Especializada como da Atenção Básica.

Com relação à Assistência Farmacêutica, o Programa 046-Operacionalização do Programa Farmácia Básica contemplava somente a farmácia básica, não definindo orçamento para atenção especializada, o que também demonstra restrições para atender às demandas de investimento e da Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada.

O Programa 047-Operacionalização do Programa de Carências Nutricionais mantém nomenclatura relacionada ao extinto Programa de Carências Nutricionais e se encontra defasado em relação às diretrizes da atual Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que recebe incentivo financeiro repassado através do Fundo Nacional de Saúde para os municípios.

Além disso, a atual classificação por subfunções relacionadas à função Saúde-10: subfunção Atenção Básica-301, subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial-302, subfunção Suporte Profilático e Terapêutico- 303, subfunção Vigilância Sanitária-304, subfunção Vigilância Epidemiológica, e subfunção Alimentação e Nutrição-306 não refletem o modelo de Atenção à Saúde vigente, orientado para o fortalecimento do processo de Regionalização e das Redes de Atenção à Saúde. A própria classificação não mantém coerência interna, tendo em vista que a subfunção Alimentação e Nutrição-306 não tem expressão orçamentária e financeira do porte das demais subfunções, o que não lhe garante funcionalidade. Além disso, não acompanha o processo de fortalecimento da Regionalização, principalmente, e não incorpora as Redes de Atenção à Saúde.

Entretanto, o orçamento não deixou de ser executado, mas com recorrentes remanejamentos, justificados com base em definições legais da Lei de Diretrizes Orçamentárias. As incorreções na classificação funcional não permitem visualizar o gasto real com relação ao repasse por bloco de financiamento, acarretando problemas para o planejamento e para a gestão municipal, na medida em que dificulta a avaliação da aplicação dos recursos vinculados em relação às prioridades da política de saúde e das demandas da sociedade.

Como exemplo, o repasse dos recursos do SUS, referentes à Atenção Básica em 2012, foi de R\$ 17.771.399,19. A discriminação das despesas com saúde por subfunção-301 Atenção

Básica informa dotação inicial de R\$ 10.826.700,00, atualizada no valor de R\$ 8.789.300,00. As despesas executadas liquidadas foram no valor de R\$ 7.497.647,11 e inscritas em restos a pagar não processados no valor de R\$ 973.807,35. A diferença entre o valor repassado pelo SUS e o valor executado, na ordem de aproximadamente R\$ 10.000.000,00, provavelmente foi incorporado pelo Programa 028- Operacionalização Unidades de Saúde da Rede Pública, classificado com subfunção 302- Atenção Hospitalar e Ambulatorial, não sendo visualizado no SIOPS como recurso vinculado à Atenção Básica (FNS, 2012; SARGSUS, 2012; SIOPS, 2012).

Do ponto de vista do alinhamento entre os instrumentos de planejamento, a concepção de “programa” constitui o elemento que unifica o planejamento e orçamento, mas só está presente na estrutura do orçamento-programa, não tendo correspondente na estrutura do PlanejaSUS. Entretanto, os componentes do programa correspondem aos elementos que PlanejaSUS.

Com base nestas considerações procurou-se desenvolver uma matriz estabelecendo a correspondência entre os instrumentos de planejamento do PlanejaSUS e o orçamento-programa, contemplando os vários elementos que fazem parte do sistema integrado de planejamento e orçamento, ainda que na estrutura do PlanejaSUS não contemple a denominação “programa”, como demonstrado no quadro 7:

O quadro 7 apresenta a correspondência entre o PlanejaSUS e o Orçamento-programa, os elementos comuns e as especificidades de ambos.

Quadro 7- Correspondência entre a estrutura dos instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa

PLANEJASUS		ESPECIFICAÇÃO DA CORRESPONDÊNCIA	ORÇAMETO PROGRAMA- OP	
PMS	DIRETRIZ	Comum	DIRETRIZ	PPA
		Específico do OP. O programa é uma estratégia que deriva da diretriz e inclui o objetivo, meta e ações e deve ser referência para o PMS	PROGRAMA	
	OBJETIVO	Comum	OBJETIVO	
	META Quadrimestral.	Comum	META Quadrimestral.	
PAS	AÇÕES	Comum sendo que no OP é classificada em 3 tipos.	AÇÕES(projeto/atividade/ope- rações especiais)	LOA
	META física e orçamentária ANUAL	Comum	META física e orçamentária ANUAL	
RELATÓRIO		Específico do OP	RREO(bimensal) RQGF	RELATORIO
	RELATÓRIO QUADRIMESTRAL	Instrumento regulamentado pela Lei Comp. 141. Agrega os elementos do PlanejaSUS e OP	RELATÓRIO QUADRIMESTRAL	
	RELATORIO ANUAL DE GESTÃO- SARGSUS	Ferramenta do MS. Agrega os elementos dos instrumentos do PlanejaSUS e do OP	RELATORIO ANUAL DE GESTÃO-SARGSUS	

Fonte: A autora, 2013.

A matriz acima teve por referência a estrutura do modelo integrado de planejamento e orçamento, considerando que as diretrizes, objetivos e metas do Plano Municipal de Saúde correspondem às diretrizes, objetivos e metas do Plano Plurianual. As atividades e projetos que compõem a Programação Anual de Saúde devem estar contempladas na LDO/LOA, expressa através do “programa” que, por sua vez, dará origem à Classificação Funcional Programática e ao Quadro de Detalhamento de Despesas (QQD). O conjunto desses elementos fará parte do Relatório Anual de Gestão

Face ao exposto, é possível inferir que a realidade cotidiana da implementação do PlanejaSUS encontra-se distanciada do referencial teórico-metodológico, fundado no enfoque estratégico-situacional, que orienta as práticas de planejamento e orçamento, sinalizado no capítulo 1 desta dissertação.

Tal distanciamento provavelmente se reproduzirá na interação entre os demais instrumentos de planejamento do PlanejaSUS e do orçamento-programa, tendo em vista que todos os instrumentos são interdependentes.

7.1.3.2 Forma e conteúdo -Programação Anual de Saúde- PAS e LDO e LOA

Com relação à Programação Anual de Saúde (PAS), foi adotado o mesmo procedimento no sentido de atender às diretrizes do PlanejaSUS, tanto no que se refere à metodologia participativa quanto na adequação a estrutura proposta pelo PlanejaSUS:

A elaboração da Programação Anual de Saúde deve ser feita de forma participativa, envolvendo a participação dos profissionais de saúde por estarem diretamente envolvidos na implementação do Sistema Único de Saúde. Neste sentido foi realizada uma oficina de planejamento com os profissionais de saúde que apresentaram as propostas elencadas abaixo.(BELFORD ROXO, 2011c).

A estrutura da programação contemplou os seguintes itens: ações e metas anuais; recursos orçamentários; origem dos recursos; área responsável, sendo que o processo de adequação foi lento, aprimorado a cada ano. A programação de 2009 foi elaborada pela gestão anterior. A programação de 2010 incluiu ações e metas com base no PMS e a origem dos recursos. A programação de 2011 e 2012 contemplou todos os itens propostos pelo PlanejaSUS.

Além dos aspectos citados acima, foram consideradas as recomendações da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Conselho Municipal de Saúde, a saber:

Para formulação da Programação Anual da Saúde 2011, foram adotados os seguintes critérios: Revisão do Plano Plurianual da Saúde 2010-2013; Revisão e Análise da Programação Anual de Saúde 2010; Revisão dos Relatórios Trimestrais de Atividades; Sistematização de Informações; Reuniões Gerenciais de Planejamento para Orientação / Elaboração do PAS, Revisão Final e Editoração do PAS 2011.[...]As ações que deverão ser executadas durante o ano de 2011 estão apresentadas segundo o setor responsável pela sua execução para facilitar o seu monitoramento e a fiscalização por parte da sociedade. (BELFOR ROXO, 2011c).

[...] A estrutura da PAS 2012 incluiu, além dos 3 eixos propostos no PlanejaSUS: Condições de Saúde, Determinantes de Saúde e Gestão, a Gestão da política de Saúde. Os desdobramentos possíveis incluíram Atenção Primária à Saúde; Média e Alta Complexidade; Atenção Hospitalar, Pré-hospitalar, Urgência e Emergência; Rede de laboratório; Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; controle, Avaliação, Auditoria e Regulação; Controle Social e Gestão Participativa- Conselho municipal de Saúde e Ouvidoria; Gestão do Sistema, Gestão de Trabalho e Educação

Permanente; Fundo Municipal de Saúde, Planejamento Participativo, Investimentos e Gestão da Política (BELFOR ROXO, 2012b).

O Setor de Planejamento ficou responsável pela estruturação e elaboração da programação. A orçamentação das programações de 2010 e 2011 foi feita pela equipe do Fundo Municipal de Saúde (FMS). Em decorrência de mudanças na equipe do FMS, a orçamentação da programação de 2012 foi feita pela equipe do setor de planejamento, com participação da ex-integrante do FMS.

O processo de orçamentação da programação até 2012 teve por referência o orçamento elaborado pelo equipe do FMS, apresentado no CMS e aprovado pelo Legislativo. Não foram encontradas evidências de que a programação tenha influenciado a elaboração do orçamento; ao contrário, a metodologia adotada para elaboração do orçamento teve por referência o orçamento do ano anterior com acréscimo de percentual previsto em lei.

Embora a legislação vigente defina que o PMS deve orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento, assim como preconiza o alinhamento entre eles, na prática ainda existem muitas dificuldades para que tal integração se efetive, o que pode ser confirmado pela avaliação expressa no RAG 2011.

O processo de integração entre a programação de Saúde e a Programação Orçamentária se constitui num grande desafio para o sistema de Saúde. O processo de articulação entre a programação de Saúde e a programação orçamentária foi feita por macro objetivos, incluindo a programação orçamentária e a execução orçamentária de acordo com as informações do Fundo Municipal de Saúde. Não houve lançamento de valores para as diretrizes devido a dificuldade de estabelecer a correspondência de forma detalhada. Os setores técnicos, de gestão e financeiro estão trabalhando em conjunto para estabelecer o link necessário para realizar a programação de forma integrada. (BBELFOR ROXO, 2011d)

No período em análise, foi constatado que somente em 2012 houve atuação conjunta do setor de planejamento e do Fundo Municipal de Saúde para elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA). Isso contribuiu para que o processo de orçamentação acompanhasse as ações definidas na PAS, tanto com relação aos objetivos como com relação às ações programadas. Contudo, esta é uma área que ainda precisa relacionar ações programadas e recursos programados sem contrariar o princípio da economicidade e possibilitar maior transparência na aplicação dos recursos:

A Programação Anual de Saúde- PAS 2012, o trabalho mais intensivo foi no sentido de articular a Programação das Ações de Saúde com a Programação Orçamentária e Financeira conforme o QGD, LOA e LDO e por fonte de financiamento, a introdução de indicadores, a adequação e atualização dos objetivos do Plano Municipal de Saúde, a modelagem da

programação acompanhando a lógica dos blocos de financiamento do SUS e a adoção de uma metodologia que pudesse garantir a integração dos instrumentos com o Relatório Trimestral destinado a apresentação no Conselho Municipal de Saúde (BELFORD ROXO, 2011c).

Os problemas na interação ente planejamento e orçamento são decorrentes da situação apresentada na relação entre PMS e PPA. Entretanto, foi possível observar o movimento no sentido de superação dos problemas.

A aproximação com o Fundo Municipal de Saúde favorece a compreensão de que a interdependência entre os instrumentos do PlanejaSUS e do orçamento-programa é fundamental para o Planejamento na Saúde, sendo fator facilitador para se superar a fragmentação entre planejamento e orçamento. Entretanto, não foi suficiente porque a finalização da elaboração da LOA é feita no setor de orçamento da Prefeitura Municipal e em seguida encaminhada para Câmara Municipal, onde passará por discussão e aprovação. Nesta fase, não há atuação por parte da saúde. A partir do momento em que o orçamento é aprovado, são feitas as adequações na programação.

Essa prática contraria os pressupostos do PlanejaSUS, que define ser o Plano Municipal de Saúde o instrumento que deve orientar os instrumentos de planejamento da saúde e da gestão municipal e tem no enfoque estratégico situacional seu eixo estruturante (TEIXEIRA, 2010, p. 43).

7.1.3.3 Relatório de Gestão do PlanejaSUS e orçamento-programa

Com relação ao Relatório Anual de Gestão, o procedimento adotado foi o mesmo no sentido de adequar as diretrizes do PlanejaSUS e do SARGUS:

O Relatório Anual de Gestão, foi feito um longo trabalho de adequação as diretrizes do PlanejaSUS encerrando o ano de 2011 em condições de atender a atual normatização, conforme acordo 1.459/2011-TCU que institui a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARGUS a estados e municípios.[...]O modelo para elaboração da Programação Anual de Saúde e do Relatório de Gestão teve por referência as normatizações do PLANEJA-SUS/M.S. Portaria 3.176 , de 24 de Dezembro de 2008. Essa forma de apresentação impôs um ritmo mais lento visto a necessidade de adequação as novas orientações.(BELFOR ROXO, 2009e).

A elaboração do Relatório Anual de Gestão referente aos períodos de 2009 e 2010 foi feito pela equipe do setor de planejamento, contemplando basicamente as informações relacionadas às ações e metas físicas. O relatório de execução orçamentária foi elaborado pela

equipe do Fundo Municipal de Saúde, conforme consta na apresentação do Relatório do FMS (2009e):

No cumprimento das disposições legais, elaboramos o presente relatório de execução financeira exercício de 2009 do Fundo Municipal de Saúde. A prestação de contas constitui a etapa mais importante do ciclo contabilístico anual da Secretaria Municipal de Saúde, pois está em causa a elaboração e apresentação dos documentos anuais que dão a conhecer a situação de cada conta dos respectivos programas de trabalho. Para elaboração do relatório, tomamos por base documentos contábeis, fornecidos pelo setor contábil da Prefeitura Municipal de Belford Roxo, bem como dados já informados no relatório do exercício 2008 para dar veracidade aos números expostos. A seguir apresentamos planilhas demonstrando o orçamento aprovado por lei e a sua execução tendo como base o Plano Anual de Saúde, ao longo do exercício de 2009 (BELFORD ROXO, 2009e).

A ênfase do Relatório de Gestão Financeira nos períodos citados foi prioritariamente relacionada às informações da execução orçamentária, fazendo referência, de forma geral, aos resultados obtidos com a realização das ações programadas, como é possível observar a seguir:

Considerando também o quadro das despesas com saúde observamos que os maiores valores ainda correspondem ao pagamento feito às Clínicas conveniadas, devido ao aumento no número de atendimento e procedimentos realizados por esses prestadores. Observa-se que as contas movimentos da Secretaria de Saúde e da Prefeitura, também estão com valores consideráveis devido à contratação de novos profissionais selecionados através do processo seletivo simplificado, utilizado como mecanismo legal de contratação de RH, para que pudéssemos completar a quadro mínimo necessário e melhorar a qualidade nos serviços de saúde. Além dos gastos com pessoal, também ocorreram aquisições de medicamentos e insumos para as unidades da rede, pagamentos de alugueis, contrato de prestação de serviço de alimentação; manutenção de equipamentos, veículos e a prestação de serviço continuada de água, luz e telefone. (BELFOR ROXO, 2011d).

Como o Relatório Anual de Gestão apresenta os resultados da execução das ações e metas físicas e orçamentárias, há que se considerar a capacidade das equipes de gestão, técnicas e gerenciais para produzirem informações capazes de expressar os resultados obtidos, o que parece não ser tarefa fácil, visto que:

O processo de adequação do Relatório de gestão ao modelo PLANEJA-SUS/MS vem sendo realizado gradativamente, com capacitação permanente das coordenações técnicas e demais setores de gestão da Secretaria Municipal de Saúde. O grande desafio está em estabelecer correspondência entre a programação assistencial e a programação orçamentária. A programação assistencial, em geral, é bem detalhada e a programação orçamentária e financeira obedece, entre outros, ao princípio da economicidade. A princípio, são lógicas diferentes, possuem linguagens diferentes e nos impõe um exercício permanente para superar as barreiras da fragmentação do processo de planejamento e a busca pela construção do planejamento integrado. Outro fator importante está relacionado a disponibilidade e qualidade da informação qualitativa e quantitativa para subsidiar a construção do processo de planejamento integrado. (BELFOR ROXO, 2010a).

A introdução do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), em 2011, por meio de instrumentos legais que tornaram obrigatório seu uso, provocou um movimento no sentido de alterar a fragmentação presente na apresentação dos resultados referentes às ações, metas físicas e orçamentárias, pelo fato de que a referida ferramenta prevê na apresentação dos resultados, o orçamento-programado e executado por objetivo e por ações e metas programadas.

Apesar da obrigatoriedade, houve muita dificuldade, por parte dos municípios de uma forma geral, e em específico no município de Belford Roxo, para elaborar o relatório. Isso ocorreu devido à dificuldade de compatibilizar a programação de saúde e a programação orçamentária, não só com relação aos objetivos, mas com relação às ações e metas da Programação Anual do Plano de Saúde, conforme citado anteriormente.

O SARGSUS é um sistema que demanda a análise por ação programada assim como o orçamento-programado. Nenhuma ferramenta oficial disponível até a presente data contempla esta demanda. Por esta razão há necessidade de um trabalho integrado da equipe de gestão para elaboração de uma ferramenta informatizada que possa responder a esta demanda. Esta realidade não é exclusiva de Belford Roxo. Somente o QQD e a programação orçamentária não são suficientes para gerar esta informação no plano operacional da Programação. (BELFORD ROXO, 2012a).

Além disso, ainda não existe uma ferramenta capaz de viabilizar a correspondência entre as ações e metas programadas com os orçamentos programados e executados. O SARGSUS prevê a apresentação dos resultados no mesmo sistema, mas as informações da execução orçamentária vêm do Sistema Integrado de Administração Pública (SIAP), que trata da execução do orçamento sem necessariamente estar vinculado de forma detalhada às ações e metas programadas, o que pode ser constatado nas informações do RAG-2012:

As informações disponíveis no sistema oficial orçamentário/financeiro não atende a demanda de informação relacionada com a ação. É necessário criar uma ferramenta capaz de fazer link entre a Programação Anual de Saúde e as informações que constam no Sistema orçamentário/financeiro [...]. Com relação ao Relatório de Gestão pode-se afirmar que é uma ferramenta potente no sentido de dar visibilidade e transparência do desempenho das ações de Saúde conjugando com a aplicação dos recursos públicos. Contudo ainda há necessidade de aprimoramento das ferramentas oficiais com capacidade para produzir informação compatibilizando execução orçamentária por ação e meta programada. (BELFORD ROXO, 2012a).

Tendo em vista a necessidade de produzir informações que contemplassem o alinhamento entre programação e execução das ações e metas físicas e orçamentárias para o Relatório Anual de Gestão, conforme legislação vigente, foi desenvolvida uma ferramenta em

meio eletrônico incluindo os resultados da execução das ações e metas físicas e orçamentárias programadas, conforme consta no Relatório Anual de Gestão:

O trabalho desenvolvido nesse quadrimestre visa cumprir as exigências da legislação e dar a transparência do desempenho. Esta planilha foi elaborada com objetivo de contribuir com as informações de rotina administrativa nos serviços, e proporcionar condições para elaborar banco de dados com informações que possam subsidiar a elaboração da Programação Anual, dos relatórios quadrimestral e anual. A parceria estabelecida entre o FMS e o Setor de planejamento possibilitou avanços no sentido de desenvolver uma ferramenta informatizada para estabelecer link entre a Programação de Saúde e a Programação orçamentária e com isso poder gerar informação para o SAGSUS. “A planilha continha os seguintes itens: nº e tipo do empenho, data, processo licitatório, Credor/fornecedor, objeto(relacionado a ação), Programa de trabalho, valor licitado, valor empenhado, valor liquidado, saldo a liquidar, valor pago, saldo a pagar, empenho anulado”(BELFORD ROXO, 2012a).

Para preencher esse instrumento, era necessário fazer uma busca no SIAP, localizar por programa de trabalho, os empenhos emitidos identificando as fases da execução da despesa e, com base nessas informações, estabelecer a correspondência com as ações e metas programadas rastreando os processos abertos para cada ação.

A partir deste trabalho, foi possível localizar alguns orçamentos executados por ação programada. Da mesma forma, foi possível identificar problemas na execução do orçamento, assim como na classificação funcional programática, conforme informações da análise elaborada sobre a execução orçamentária para apresentação na Comissão de Monitoramento e Avaliação do Conselho Municipal de Saúde-CMS (2012), como segue abaixo:

Com relação à forma de apresentação da Programação foi identificado dificuldades de entendimento com quadro de detalhamento de despesas. [...] Foi identificado que houve remanejamento no orçamento com redução em alguns programas. O mais significativo ocorreu no Programa de Operacionalização da Estratégia Saúde da Família/NASF que teve uma redução de R\$ 1.983.000,00. Embora com redução de orçamento, foi identificado execução de despesa relaciona as ações da ESF[programa 048] no programa de Operacionalização das Unidades de Saúde da Rede Pública Municipal [programa 028]. O mesmo ocorreu em outros programas (BELFORD ROXO, 2012a).

Com base nos documentos disponibilizados, foi possível constatar referências aos avanços obtidos, mas sempre com acompanhadas de sinalizações de que ainda há muito por fazer para o efetivo alinhamento dos instrumentos de planejamento:

Com relação a Programação e Execução das Ações e Metas Físicas, foi possível observar avanços com relação a metodologia do Planeja-SUS incluindo o SARGSUS, contudo foi identificado um excessivo detalhamento das ações e metas. Nos documentos anexos no SARGSUS foi possível verificar o desempenho de vários setores, mas não supre a necessidade de demonstração da execução por ação programada. [...] A análise por ações e metas físicas e orçamentárias possibilita uma maior transparência na execução da programação e orçamento sendo o SARGSUS uma ferramenta importante neste sentido. Contudo, fica evidente a necessidade de rever a elaboração da programação das ações e metas físicas e orçamentárias em correspondência com o quadro de detalhamento de despesas e na execução das ações orçamentárias(BELFORD ROXO, 2011,d).

7.1.4. Horizonte temporal: correspondência entre os prazos

Inicialmente, houve dificuldade para o cumprimento dos prazos legais para apresentação dos instrumentos do PlanejaSUS. Somente em 2011 o Relatório Anual de Gestão-2011 passou a ser inserido no sistema em tempo hábil. Os instrumentos de planejamento do orçamento-programa cumpriram o calendário oficial, tanto os que foram elaborados pelo FMS, quanto àqueles que foram elaborados com a participação do setor de planejamento.

Vários fatores contribuíram para o não cumprimento dos prazos, dentre os quais é possível citar: o despreparo e insuficiência da equipe de planejamento, da equipe de gestão, técnicas e gerenciais contribuíram para a morosidade do processo; o processo de adequação à metodologia PlanejaSUS e ao SARGSUS provocou mudança na forma como os relatórios eram elaborados pelas equipes gerenciais e técnicas, dificultando o retorno das informações para o setor de planejamento.

O atraso no cumprimento dos prazos dos instrumentos do PlanejaSUS demonstra o descompasso entre o planejamento e orçamento, e constitui fator restritivo ao planejamento e a gestão apesar dos motivos elencados. Estudos recentes demonstram a existência de problemas na interação entre planejamento e orçamento em vários municípios. Chaves (2010) relata:

[...] que o uso de tais instrumentos para o planejamento e a programação das ações de saúde no município é parcial e que as principais dificuldades de utilização foram decorrentes do próprio processo de orçamentação e do planejamento estabelecido. De igual forma, concluiu-se que as dificuldades também são resultantes do distanciamento entre os setores administrativos e financeiros e os demais setores da Secretaria. [...] Mudanças nos métodos de planejamento e no próprio processo orçamentário do município, incluindo fóruns para participação e capacitação dos gestores, foram indicadas como principais estratégias para aumentar o grau de utilização dos instrumentos orçamentários, o que certamente colaborará para transformar a situação identificada e, em tese, contribuir para a melhoria no desempenho da SMS (CHAVES, 2010, p.62).

LIMA (2011, p.47) revela ter sido possível “inferir que as ações de planejamento foram insuficientes para uma tomada de decisão eficiente quanto à gestão dos recursos

orçamentários e financeiros disponíveis para a SEME de Água Branca”, que atribui A falta de planejamento participativo, além de informar que esta realidade não constitui exclusividade do município analisado. Da mesma forma, o Relatório do Banco Mundial revela que “o processo de planejamento e orçamentação do SUS se mostra muito fragmentado, com baixa coerência entre as várias etapas do processo de planejamento” (BRASIL, 2007, p. 19).

A fragmentação do processo de planejamento e orçamento, expressa pelo desalinhamento dos instrumentos de Planejamento do SUS e do orçamento-programa, contraria a proposta do enfoque estratégico situacional, na medida em que compromete a capacidade de governo fragilizando, o que Matus denominou de “Triângulo de Ferro” sistema que atrela um *plano modular* (agenda do dirigente) a um *orçamento por programas* (cobrança e petição de contas) e uma *gerência de operações*, que deve estar ancorada num sistema de informações para instrumentalizar a tomada de decisões (DOURADO, 2010).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação do PlanejaSUS tem no enfoque estratégico-situacional o eixo estruturante do planejamento em saúde, fundamentado na proposta conceitual e metodológica formulada pela Escola de Medellín, Testa e Matus, resultante da crítica ao enfoque normativo, na América Latina e no Brasil.

Do ponto de vista teórico-metodológico, o pensamento de Matus influenciou metodologicamente as áreas de planejamento e orçamento, tendo por pressuposto a interdependência entre as respectivas áreas, conforme demonstrado no primeiro capítulo. Da mesma forma, esta interdependência foi estabelecida constitucionalmente em 1986 e reafirmada pelos preceitos legais que instituíram o PlanejaSUS (BRASIL, 1986; 2009).

O processo de implementação do planejamento e orçamentação se materializa através dos instrumentos de planejamento do PlanejaSUS e do orçamento-programa. Requer uma estrutura organizacional que viabilize técnica e administrativamente sua elaboração e implementação com inserção na estrutura organizacional próxima aos níveis de decisão, com equipe capacitada, infraestrutura e articulação intra e intersetorial. Desta forma, a base metodológica que orientou a seleção das variáveis pautou-se no Postulado da Coerência sistematizado por Testa, constituído pelos propósitos de governo, organização e métodos (TEIXEIRA, 2009, p. 25), tendo em vista identificar os principais problemas que interferem na interação entre planejamento e orçamento a partir da implementação dos instrumentos de planejamento do PlanejaSUS e orçamento-programa.

Neste sentido, no município estudado, ao longo do quadriênio 2009-2012, o PlanejaSUS foi implementado integrando-se aos propósitos de governo, vigorando como uma das diretrizes do Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Foi inserido na estrutura organizacional com criação do setor de planejamento, sendo dotado de recursos e equipe ao longo do período analisado, com adoção de metodologia baseado nas diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS- Ministério da Saúde apresentando avanços no processo de implementação.

A incorporação do planejamento aos propósitos de governo, mediante inclusão no Plano de Saúde, possibilitou a estruturação e implementação do PlanejaSUS no âmbito do

setor saúde, mas não foi suficiente para que a gestão municipal incorporasse as prioridades estabelecidas a partir do PlanejaSUS.

A falta de um setor de planejamento com definição de atribuições relacionadas à implementação do PlanejaSUS constituiu fator restritivo a sua implementação, mas não foi fator impeditivo, tendo em vista que as atividades iniciais se deram fora do setor de planejamento já existente, com inserção na estrutura organizacional. Foi possível constatar que o processo de planejamento ganhou maior dinamismo a partir do momento em que o setor incorporou o PlanejaSUS.

A falta de qualificação da equipe responsável pelo planejamento constituiu fator restritivo à implementação do PlanejaSUS, sobretudo em relação aos conhecimentos da área técnica de orçamento e PlanejaSUS, considerando que não se faz planejamento sem discutir orçamento. Na medida em que a capacitação foi ocorrendo, principalmente com os cursos de curta duração ofertados pela Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Rio de Janeiro- ECG/TCE-RJ, o processo de formulação foi se tornando viável.

O distanciamento entre planejamento e orçamento, expresso pelo desalinhamento entre os instrumentos do PlanejaSUS e do orçamento-programa, e pelo comprometimento da estrutura programática, assim como as dificuldades para cumprimento dos prazos legais previstos para os instrumentos de planejamento, configurando um processo de fragmentação que impacta no alcance das realizações e prioridades de governo, constituindo fator restritivo à interação entre PlanejaSUS e orçamento-programa.

Desta forma, depreende-se que a fragmentação entre o planejamento e orçamento constitui um dos grandes problemas a ser enfrentado no município de Belford Roxo para que o PlanejaSUS seja, de fato, uma ferramenta de gestão a serviço da adequada aplicação dos recursos públicos.

Espera-se, com este estudo, contribuir para ampliar o debate e elaborar estratégias que auxiliem na superação da fragmentação entre planejamento e orçamento, de forma que o PlanejaSUS possa efetivamente contribuir para a eficiente aplicação de recursos públicos no atendimento das demandas da sociedade, no que diz respeito aos bens e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AMAPÁ. Secretaria de Estado do Planejamento. Orçamento e Tesouro. *Manual Técnico do Orçamento 2013*. Instruções para a Elaboração da Proposta Orçamentária do Estado do Amapá. SEPLANº Macapá: 2013. 155p.

AMAZONAS.Governo do Estado. *Manual técnico de orçamento*. Secretaria de Estado da Fazenda. Secretaria Executiva de Orçamento. MTO, 2012.

BAHIA. Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia. *Execução Orçamentária e Financeira: Introdução aos cursos dos Sistemas de Contabilidade e Gastos Públicos*. Disponível em: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/2_execucao_seminarios_saf.pdf. Acesso em : 07 jul. de 2013.

BRASIL. Banco Mundial. *Governança no Sistema Único de Saúde(SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos*. relatório nº 36601-BR, 15 de fevereiro de 2007. 91p. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/bancomundial-2007.pdf>>. Acesso em: 15 de junº 2013.

_____. (1988). Constituição Federativa do Brasil. Brasília:Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1988. Senado Federal.

_____. Lei nº 8080, de 19 de janeiro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF:Diário Oficial da União, 20 jan. 1990a.

_____.Lei nº 8142, de 28 de janeiro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 31 jan. 1990b.

_____.Lei nº 4.320, de 17 de janeiro de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Legislação Federal**. Imprensa Nacional.

_____.Lei Complementar nº 101, de 04 de janeiro de 2002. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.. **Legislação Federal**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 05 jan. 2000.

_____.Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos. **Legislação Federal**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 16 jan. 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *O Financiamento da Saúde e a Lei Complementar nº 141 de 2012*. Brasília: CNS, 2012b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 04 de set. de 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O SUS 20 anos*. Brasília: CONASS, 2009.282p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 699, de 30 de janeiro de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília:2006a. 76p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2751 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde. Brasília:MS,2009b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012. *Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias*. Brasília: MS,2012c

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.229, de 24 de maio 2007, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão (republicada por ter saído no DOU de 253, de 30 de dezembro de 2008, seção 1, p. 70, com incorreção no original.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 42, de 14 de janeiro de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I, do § 1º, do art. 2º, e § 2º, do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece conceitos de função, subfunção. Brasília, DF: Ministério do Orçamento e Gestão, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Decreto 7.508 de 28 de julho de 2011. Regulamenta as Leis Orgânicas da Saúde. Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Curso de atualização para o uso prático dos instrumentos do PlanejaSUS: PS, PAS e RAG*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 84 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 10).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Formulação de políticas específicas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 28 p. (Série Cadernos de planejamento, v. 7).

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): Uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Instrumentos básicos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos de planejamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 76 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 8).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Organização e Funcionamento*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 32 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção Coletiva: Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 168 p. (Série Cadernos de Planejamento, v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo*. Edição atualizada. Rio de Janeiro: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. Revisão e ampliação. Brasília: 2003. 66 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Manual de orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de orientações para contratação de serviços do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: 2007. XX p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. *O Financiamento da Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. v. 2. Brasília: 2011b. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

_____. Ministério da Saúde. *Proposta de estrutura para o relatório detalhado do quadrimestre*. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos de Gestão Interfederativa. Rio de Janeiro: 2012.

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. *Manual técnico de orçamento MTO*. Versão 2012. Brasília: 2011. 167 p.

_____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. *Manual técnico de orçamento MTO*. Versão 2013. Brasília: 2012. 179 p.

BELFORD ROXO. Lei Complementar nº 101 de 04 de setembro de 2009. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Dispõe sobre a elaboração da Lei Orçamentária de 2010 e dá outras Providências. 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Plano Municipal de Saúde de Belford Roxo 2006 a 2009*. Belford Roxo: Semus, 2006. 51 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Plano Municipal de Saúde de Belford Roxo 2010 a 2013*. Belford Roxo, 2009a. 153 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Relatório Anual de Gestão 2012. Belford Roxo, 2012a. 93 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Lei Complementar nº 096 de 26 de fevereiro de 2009. Belford Roxo, 2009b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. jun 2009. Decreto Municipal de junho de 2009. Belford Roxo, 2009c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. 2011. Decreto Municipal de 21 de janeiro 2011. Belford Roxo, 2011a.

BELFORD ROXO. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Decreto nº 3143 de 19 de agosto de 2011. Belford Roxo, 2011b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Programação Anual de Saúde 2010*. Belford Roxo: SEMUS, 2010a. 130 p.

_____. Lei nº 1.132 de 30 de dezembro de 2009. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Dispões sobre o Plano Plurianual para o período 2010/2013. 2009d.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Programação Anual de Saúde 2011*. Belford Roxo: Semus, 2011c. 155 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Programação Anual de Saúde 2012*. Belford Roxo: Semus, 2012b. 286 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Relatório Anual de Gestão 2011. Belford Roxo: Semus, 2011d. 52 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. *Programação Anual de Saúde 2009*. Belford Roxo: Semus, 2009e. 176 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo. Prefeitura Municipal de Belford Roxo. Relatório Anual de Gestão 2010. Belford Roxo, 2010a. 145 p.

IBAÑEZ, N°Et al. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec Editora: CALAG, 2011.

CAMPOS, R. *O Planejamento e razão instrumental: análise da produção teórica sobre o planejamento em saúde, nos anos noventa, no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, nº 3, p. 723-731, jul-set, 2000.

CAMPOS, R. T. O, *Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 16, no. 4, p. 1021-1030, dez, 2000.

CHAVES, A.F. *Os Instrumentos Orçamentários e o Planejamento de Saúde*. In: *Concurso - III Prêmio SOF de Monografias*. TEMA II - Novas Abordagens do Orçamento Público. Escola de Administração Fazendária. 2010. Acesso em 29/10/2010.

CHORNY, A.H. *El Enfoque Estratégico para el Desarrollo de Recursos Humanos*. Versão adaptada. material instrucional Projeto Gerus. Educ. Med. Salud. vol.24 nº 1. 1990.

DOURADO, C. E. *PlanejaSUS - contribuições ao Plano de Saúde do Município de Goiânia no Período de 2005-2008*. Dissertação de Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional - Faculdades Alfa, 2010.

CNM, Confederação Nacional de Municípios. *O que são restos a pagar: o manual das finanças e do orçamento público*. Confederação Nacional de Municípios – Brasília: 2011.

COSTA, F. L. *Reforma do Estado e Contexto Brasileiro: Crítica do paradigma gerencialista*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2010.

CUNHA, J.C.C.B.; SANTOS, R.; SAKAE, T.M. *Relatório de Gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos Sistemas de Saúde?*. Arquivos Catarinenses de Medicina vol. 35, nº 2. Santa Catarina: 2006.

DOURADO, C.E. *PlanejaSUS- Contribuições ao Plano de Saúde do Município de Goiânia no período de 2005-2008*. Faculdade Alves Farias. Goiânia: 2010.

FARIA, Rodrigo Oliveira. *Orçamento por resultados: Tendências, perspectivas e desafios*. III Prêmio SOF de Monografias.

GIACOMONI, J. *Orçamento Público*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2012

GIACOMONI, J.; PAGNUSSAT, J. L. *Planejamento e orçamento governamental*. v. 2. ENAP. Brasília: 2006.

GIOVANELLA, Lígia. *As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina*. Cadernos de Saúde Pública, Vol. 7, nº 1, Rio de Janeiro, jan/mar, 1991.

IGESP, Gestão Pública Integrada. *Manual de Orientação para Elaboração da Proposta Orçamentária para o Exercício de 2013*. Módulo: Planejamento Orçamentário. Aracaju: 2012.

JÚNIOR, Celso Augusto M. F. *Manual Básico: financiamento das ações e serviços públicos de saúde*. Procurador-Geral do Ministério Público de Contas. São Paulo: 2012.

JR, José Teixeira Machado. *A experiência brasileira em orçamento-programa - uma primeira visão*. Rev. de Adm. Pública - Rio de Janeiro 46(4): 1157-1175, jul./ago.2012. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 30 de junho de 2013.

KOSCIANSKI, R. *O orçamento-programa como Instrumento de Planejamento e Gerenciamentos Públicos*. Tese de Doutorado. UFSC- Programa de Pós- Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis. 2013. 184p.

Disponível em http://books.google.com.br/books/about/O_or%C3%A7amento_programa_como_instrumento_d.html?id=mVUckgEACAAJ&redir_esc=y. em. Acesso em 12 de Set. de 2013 .

LIMA, N^oV.A. *Planejamento Orçamentário Financeiro: um estudo de caso da Secretaria Municipal de Educação de Água Branca- PI no período financeiro de 2009*. UFPI- CSHNB- Curso de Bacharelado em Administração Picos- PI. Monografia 2011 Disponível em <http://www.ufpi.br/>. Acesso em 31 de julho de 2013.

Material didático. orçamento-programa. disponível em <http://simular.no.comunidades.net/>. acesso em 04 de julho de 2013.

MELO, R.P. *Gestão estratégica de programas: construção de um modelo baseado na integração do Balanced Scorecard ao processo de planejamento e orçamento público*. In: *III Congresso Consad de Gestão Pública*. Painel 10/040. Brasília: 2010. Disponível em <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br> . Acesso em 18 de nov. de 2012 .

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2^a ed- São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

MOTTIN, L.M. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde- um estudo no Rio Grande do Sul*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro:1999.

NUNES, E. A. *Gramática Política do Brasil: clientelismo e Insulamento Burocrático*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

OSBORNE, D.& GAEBLER, T. *Reinventando o Governo- como o espírito empreendedor esta transformando o setor público*. Brasília: MH Comunicação, 1994.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, C. F., *Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte*, Rev. Saúde Pública, v.40, n^o especial, São Paulo ago. 2006.

PEREIRA, J. M. *Finanças Públicas: A Política Orçamentária no Brasil*. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PEREIRA, J. M. *Finanças Públicas: A Política Orçamentária no Brasil*. 5^a ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PIRES, V. *orçamento-programa*. Publicação Tribuna Imprensa, Araraquara. 2008. disponível em www.pires.pro.br. Acesso em 30 de junho de 2013.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

RIBEIRO, H. C. *Integração entre planejamento estratégico e orçamento: um estudo de caso no Tribunal Superior Eleitoral*. UnB. Brasília: 2011.

RIO de JANEIRO, Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Diagnóstico de Saúde. 2012.

_____, Governo do Estado do Rio de JNAEIURO. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Relatório de Auditoria Governamental – Levantamento Ordinário. Processo TCE-RJ nº 300.181-6/2012. 2012.

RIVERA, F.J. U.(org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

RIVERA, F.J. U.;ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(5), Rio de Janeiro, 2010).

ROCHA, D. Evolução do Orçamento Público. Rio de Janeiro:[s.d] disponível em http://www.editoraferreira.com.br/Medias/1/Media/Professores/ToqueDeMestre/DenisRocha/denisrocha_toq1.pdf. Acesso em 04 de julho de 2013.

ROCHA, J.S. Y. *Da Cendes-Opas ao PlanejaSUS-Teoria e prática do planejamento em Saúde*. In: IBAÑEZ,Nº;ELIAS, P.E.M. &SEIXAS,P.H.A.(Orgs)*Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag, 2011

SANCHES, O.M. Classificação Funcional-Programática: reformar ou aprimorar?. Disponível em:<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/artigos/antes-de-2005/Artigo080.pdf>. Acesso em 13 de agos. 2013

SANTOS, L.; ANDRADE. L. O. M. SUS: *O espaço da gestão inovada dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. 2.ed. Campinas: Saberes, 2009.

SANTOS, R.S. S. *O Financiamento da saúde e a lei complementar nº 141/2012*. XVII PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHOS DE SAÚDE. Brasília: 2012.

SÃO PAULO. CONGRESSO DO COSEMS SP. *Instrumentos de Planejamento no SUS*. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/instrumento-planejamento.pdf>. Acesso em 01 Agos. de 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO. MANUAL: *Manual de Revisão do PPA Anos – 2014 e 2015*. Roraima: Seplan/cogepe, 2013. 37 p.

SOUZA. Wagner V. B. *Orçamento público*. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação-Geral de Orçamento. Junho de 2010.

TEIXEIRA, A. C. *Estado, governo e administração pública*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

TEIXEIRA, C. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.

UNICEF. Fundação João Pinheiro. *Orçamento Público: entendendo tudo*.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Rede Sirius - Rede de Bibliotecas UERJ. Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2. ed. rev. Rio de Janeiro, 2012. 142 p.

VILASBÔAS, A.L.Q.; PAIM, J. S. *Práticas de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal*. Salvador. 2008. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(6):1239-1250, jun, 2008.

YIN, R. *Estudo de caso*. Ed Bookman: São Paulo,

ANEXO A- Definição e perspectiva dos instrumentos de planejamento da saúde

INSTRUMENTO/FINALIDADE		PERSPECTIVA
PDR- Plano Diretor Regional	Expressa o planejamento regional	O Mapa da Saúde subsidiará a visualização do desenho das regiões de saúde
PPI- Programação Pactuada Integrada	Define a quantifica as ações de saúde para a população e efetua os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento.	Contemplará a totalidade das ações finalísticas de saúde, integrando as ações de atenção à saúde, vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental) e assistência farmacêutica, conforme definido na RENASES e RENAME. Será denominada Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde e integrará o COAP.
TCG- Termo de Compromisso de Gestão	Firma as responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores quanto ao Pacto de Gestão e os objetivos e metas assumidos por estes no pacto pela Vida, bem como os indicadores de seu monitoramento.	Será contemplada pelo COAP, o qual substituirá o TCG.

Fonte: MS, 2011

ANEXO B - Síntese dos atributos do programa

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO	EXEMPLO
Denominação do Programa	Deve ser redigida de forma a comunicar ao público, em uma palavra ou frase-síntese, a compreensão direta dos propósitos do Programa.	Saúde para todos Transporte fácil
Objetivo do Programa	Sempre mensurável por um indicador - expressa a busca de um resultado, descrevendo a finalidade da atuação do Estado sobre o público-alvo, descrevendo a sua finalidade com precisão. O enunciado de um objetivo é sempre caracterizado pela presença de um verbo de ação, no infinitivo, que contempla a assertiva	Este programa deverá ser capaz de... Reduzir a mortalidade infantil.
Público -Alvo	Deve especificar o segmento da sociedade. São os grupos de pessoas, comunidades, instituições ou setores que serão beneficiados	Produtos da Pecuária Criança desnutrida de 6 a 23 meses de idade
Unidade Responsável	Responsável pelo gerenciamento do Programa, mesmo quando o programa for integrado por ações desenvolvidas por mais de um órgão	Secretaria de Obras
Tipo de programa	Finalísticos, Serviços aos Estados, Gestão de Políticas Públicas, apoio administrativo	
Horizonte temporal	Pode ser contínuo ou temporário	
Multisetorial	Programa que possua ações implementadas por mais de um órgão setorial	
Valor do Programa no PPA	Valor dos recursos estimados para as despesas das ações orçamentárias do Programa	R\$
Total do Programa	Valor total dos recursos estimados para as despesas das ações orçamentárias do Programa	R#
Indicador	Deve permitir a mensuração dos resultados com a execução do programa, de modo a explicar o impacto das ações no público-alvo.	Km Unidade Pessoa
Ações	São operações das quais resultam um produto ou produtos(bens ou serviços) ofertados à sociedade que contribuam para atender aos objetivos de um programa (projeto,atividade , outras ações e operações especiais)	“ampliar a cobertura da atenção básica”

Fonte: SEPLAN/COGEPE, 2013.

APÊNDICE A - Quadro síntese dos principais resultados: componente “propósitos de governo”

COMPONENTES	VARIÁVEIS	RESULTADOS
Próposito de governo	Inserção no Plano de governo	<p>Por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo, a estruturação e implementação do PlanejaSUS integra o conjunto de iniciativas previsto no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, aprovado no Conselho Municipal de Saúde, em 20 de junho de 2009, através da Resolução nº 325 (BELFORD ROXO, 2009).</p> <p>Os propósitos relacionados à institucionalização do PlanejaSUS não foram explicitados de forma detalhada no PPA, apesar do Eixo III - Aperfeiçoamento da Gestão Municipal estar articulado ao Programa de Trabalho 001 do PPA - Manutenção e Funcionamento do Órgão. Evidenciando a fragmentação entre a Política de Saúde e a Política de Gestão Municipal, no que diz respeito ao planejamento do SUS, impactando de forma restritiva na interação entre o planejamento e orçamento.</p> <p>A incorporação do Planejamento aos propósitos de governo mediante inclusão no Plano de Saúde possibilitou a estruturação e implementação do PlanejaSUS no âmbito do setor saúde mas não foi suficiente para que a Gestão Municipal incorporasse as prioridades estabelecidas a partir do PlanejaSUS.</p>

APÊNDICE B - Quadro síntese dos principais resultados: componente “organização”

COMPONENTES	VARIÁVEIS	RESULTADOS
Organização	Inserção organizacional	A falta de um setor de planejamento com definição de atribuições relacionadas a implementação do PlanejaSUS constituiu fator restritivo a sua implementação mas não foi fator impeditivo tendo em vista que as atividades iniciais se deram fora do setor de planejamento já existente com inserção na estrutura organizacional. Foi possível constatar que o processo de planejamento ganhou maior dinamismo a partir do momento em que o setor incorporou o PlanejaSUS.
	Formação e qualificação	A falta de qualificação da equipe responsável pelo planejamento constituiu fator restritivo a implementação do PlanejaSUS sobretudo em relação aos conhecimentos da área técnica de orçamento e PlanejaSUS, considerando que não se faz planejamento sem discutir orçamento. Na medida em que a capacitação foi ocorrendo, principalmente com os cursos de curta duração ofertados pela Escola de Contas e Gestão do Tribunal de Contas do Rio de Janeiro-ECG/TCE-RJ, o processo de formulação foi se tornando viável.

APÊNDICE C - Quadro síntese dos principais resultados: componente “métodos” (continua)

COMPONENTES	VARIÁVEIS		RESULTADOS
<p>Métodos (correspondência entre os instrumentos do PlanejaSUS e orçamento-programa)</p>	<p>Forma e conteúdo</p>	<p>PMS/PPA</p>	<p>A estrutura do Plano contemplou os itens: diagnóstico situacional, diretrizes, objetivos, metas e a referência ao programa de trabalho do PPA com o respectivo valor orçamentário (BELFORD ROXO, 2010):</p> <p>Os programas do PPA e os respectivos objetivos, referente ao período 2010-2013, mantiveram a mesma estrutura da gestão anterior (2006-2009) com acréscimo de mais um programa, referente à manutenção do Conselho Municipal de Saúde, ocorrendo o mesmo com a classificação funcional programática.</p> <p>Conforme consta no Plano Municipal de Saúde, para cada objetivo estabelecido havia referência ao Programa de Trabalho do PPA, que já tinha sido elaborado pelo FMS procurando fazer adequação. Pois, nem todos os objetivos do PMS estavam contemplados no PPA.</p> <p>Com base nos documentos disponíveis, observou-se que os programas de trabalho do PPA não atendiam à dinâmica da Política de Saúde refletida no Plano Municipal de Saúde, o que foi demonstrado no Quadro de Detalhamento de Despesas de 2009 a 2012 (BELFORD ROXO, 2009, 2012).</p> <p>A classificação funcional programática apresentou inconformidades em relação à legislação vigente e a dinâmica da Política de Saúde que regulamenta o repasse de recursos para o financiamento das Ações e Serviços de Saúde.</p> <p>O distanciamento entre planejamento e orçamento, expresso pelo desalinhamento entre os instrumentos do PlanejaSUS e do orçamento-programa e pelo comprometimento da estrutura programática, assim como as dificuldades para o cumprimento dos prazos legais previstos para os instrumentos de planejamento, configuram um processo de fragmentação impactando no alcance das realizações e prioridades de governo, constituindo fator restritivo à interação entre o PlanejaSUS e orçamento-programa.</p>
		<p>PAS/LDO/LOA</p>	<p>O processo de orçamentação da programação até 2012 teve por referência o orçamento elaborado pela equipe do FMS, apresentado no CMS e aprovado pelo Legislativo. Não foi encontrado evidências de que a programação tenha influenciado a elaboração do orçamento ao contrário, a metodologia adotada para elaboração do orçamento teve por referência o orçamento do ano anterior com acréscimo de percentual previsto em lei.</p> <p>Embora a legislação vigente defina que o PMS deve orientar a elaboração dos instrumentos de planejamento assim como preconiza o alinhamento entre eles, na prática ainda existem muitas dificuldades para que esta integração se efetive.</p> <p>No período em análise, foi constatado que somente em 2012, houve atuação conjunta do setor de planejamento e do Fundo Municipal de Saúde para elaboração da Lei Orçamentária Anual-LOA contribuindo para que o processo de orçamentação</p>

			<p>acompanhasse as ações definidas na PAS tanto com relação aos objetivos como com relação as ações programadas.</p> <p>À aproximação com o fundo Municipal de Saúde favorece a compreensão que a interdependência entre os instrumentos do PlanejaSUS e do orçamento-programa é fundamental para o Planejamento na Saúde configurando-se em fatores facilitadores para superação da fragmentação entre planejamento e orçamento.</p> <p>Entretanto, não foi suficiente porque a finalização da elaboração da LOA é feita no setor de orçamento da Prefeitura Municipal e em seguida encaminhada para Câmara Municipal onde passará por discussão e aprovação. Nesta fase, não há atuação por parte da saúde. A partir do momento em que o orçamento é aprovado, é feito as adequações na programação.</p> <p>Essa prática contraria os pressupostos do PlanejaSUS que define ser o Plano Municipal de Saúde o instrumento que deve orientar os instrumentos de planejamento da saúde e da gestão municipal e tem no enfoque estratégico situacional seu eixo estruturante (TEIXEIRA, 2010, p. 43).</p>
		Relatório de Gestão	<p>A elaboração do Relatório Anual de Gestão referente ao período de 2009 e 2010 foi feito pela equipe do setor de planejamento contemplando basicamente as informações relacionadas as ações e metas físicas. O Relatório de execução orçamentária foi elaborado pela equipe do Fundo Municipal de Saúde conforme consta na apresentação do Relatório do FMS (2009):</p> <p>A introdução do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), em 2011, por meio de instrumentos legais que tornou obrigatório o seu uso, provocou um movimento no sentido de alterar a fragmentação presente na apresentação dos resultados referentes às ações, metas físicas e orçamentárias, pelo fato de que a referida ferramenta prevê na apresentação dos resultados, o orçamento-programado e executado por objetivo e por ações e metas programadas.</p> <p>Apesar da obrigatoriedade, houve muita dificuldade, por parte dos municípios de uma forma geral, e em específico no Município de Belford Roxo, em elaborar o relatório. O que ocorreu devido à dificuldade em compatibilizar a programação de saúde e a programação orçamentária, não só com relação aos objetivos, mas com relação às ações e metas da Programação Anual do Plano de Saúde, conforme já citado anteriormente.</p> <p>Tendo em vista a necessidade de produzir informações que contemplassem o alinhamento entre programação e execução das ações e metas físicas e orçamentárias, para o Relatório Anual de Gestão, conforme legislação vigente, foi desenvolvida uma ferramenta em meio eletrônico incluindo os resultados da execução das ações e metas físicas e orçamentárias programadas, conforme consta no Relatório Anual de Gestão</p>

	Horizonte temporal	PMS/PPA PAS/LDO/ LOA Relatório de Gestão	<p>Inicialmente, houve dificuldade para o cumprimento dos prazos legais para apresentação dos instrumentos do PlanejaSUS. Somente em 2011 o Relatório Anual de Gestão 2011 passou a ser inserido no Sistema em tempo hábil. Os instrumentos de planejamento do orçamento-programa cumpriram o calendário oficial, tanto os que foram elaborados pelo FMS, e os que foram elaborados com a participação do setor de planejamento.</p> <p>Vários fatores contribuíram para o não cumprimento dos prazos, entre eles é possível citar: o despreparo e insuficiência da equipe de planejamento, da equipe de gestão, técnicas e gerenciais contribuiu para a morosidade do processo; o processo de adequação a metodologia PlanejaSUS e ao SARGSUS provocou uma mudança na forma como os relatórios eram elaborados pelas equipes gerenciais e Técnicas dificultando o retorno das informações para o setor de planejamento.</p> <p>O atraso no cumprimento dos prazos dos instrumentos do PlanejaSUS demonstra o descompasso entre o planejamento e orçamento constituindo-se em fator restritivo ao planejamento e a gestão apesar dos motivos elencados.</p> <p>O distanciamento entre planejamento e orçamento expresso pelo desalinhamento entre os instrumentos do PlanejaSUS e do orçamento-programa e pelo comprometimento da estrutura programática assim como das dificuldades para o cumprimento dos prazos legais previstos para os instrumentos de planejamento configura um processo de fragmentação impactando no alcance das realizações e prioridades de governo constituindo fator restritivo a interação entre o PlanejaSUS e orçamento-programa.</p>
--	--------------------	---	--