



MANUAL DE APOIO AO PLANEJAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

2ª edição revisada, atualizada e ampliada

GOVERNADOR
Jerônimo Rodrigues Souza

SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
Roberta Silva de Carvalho Santana

SUBSECRETÁRIO
Paulo José Bastos Barbosa

PRESIDENTE DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
Marcos Antonio Gêmeos Almeida Sampaio

CHEFIA DE GABINETE
Cícero de Andrade Rocha Filho

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE(SUREGS)
Mônica Hupsel Frank

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (SAIS)
Karlos da Silva Figueredo

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE (SUPERH)
Janaína Peralta Souza

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUVISA)
Rívia Mary de Barros

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA EM SAÚDE (SAFTEC)
Luiz Henrique Gonzales d'Utra

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (APG)
Emanuele Figuerêdo Barbosa

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (ASCOM)
Pablo Vinícius Silva Barbosa

OUVIDORIA DO SUS BA
Taís da Cunha Ferreira Tupinambá

DIRETORIA GERAL SESAB
Janaina Santos Lima

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E
COMUNICAÇÃO NA SAÚDE (CGTICS)
Diego Cavalcante Teixeira Daltra

AUDITORIA DO SUS BA
Daniela Neves Castellucci

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE (FESBA)
Adelson Prata

COORDENAÇÃO DE CONTROLE INTERNO (CCI)
Samya Kelly Menezes

Coordenação – APG

Emanuele Figuerêdo Barbosa
Maria Aparecida dos Santos

Equipe Técnica – APG

Christiane Neves Castellucci
Daise Pimentel Souza Pereira
Lucas Thiago Couto Ribeiro Araújo
Rafael Laranjeira Cerqueira

| | |
|--------------------|--|
| Consultor | Raphael Santos Sande |
| Autores | Raphael Santos Sande Sara Cristina Carvalho Cerqueira |
| Capa e Ilustrações | Willians Barreto Cerqueira |
| Editoração | Raphael Santos Sande |
| Atualização | Raphael Santos Sande Sara Cristina Carvalho Cerqueira |
| Revisão final | Sara Cristina Carvalho Cerqueira |

2º edição revisada, atualizada e ampliada

2025 – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

B151m Bahia. Secretaria da Saúde. Assessoria de Planejamento e Gestão.

Manual de apoio ao planejamento municipal de saúde / Secretaria da Saúde. 2. ed. rev. ampl. – Salvador: SESAB/APG, 2025.

169p. : il.

ISBN 978-65-996077-1-4.

Parceria OPAS e Ministério da Saúde.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Título.

CDU 614.2

Secretaria de Estado da Saúde da Bahia

4º Avenida, 400, Plataforma 6, Lado B – 4º andar – Bloco B - Centro Administrativo da Bahia (CAB) Salvador/Ba – CEP 41745-900

Tel: (71) 3115-4287 / 4208 /9680

Site: <http://www.saude.ba.gov.br/>



APRESENTAÇÃO | 6
INTRODUÇÃO | 8

PARTE I:

Atores do Planejamento no
SUS | 12

Atores do Planejamento do SUS | 13

PARTE II:

Processo do Planejamento
no SUS | 28

- 2.1. Momento Explicativo | 35
- 2.2. Momento Normativo | 47
- 2.3. Momento Estratégico | 54
- 2.4. Momento Tático-operacional | 60

PARTE III:

Produtos do Planejamento
no SUS | 72

- 3.1. Instrumentos do Planejamento no
SUS | 75
 - 3.1.1. Plano de Saúde | 77
 - 3.1.2. Programação Anual de Saúde | 84
 - 3.1.3. Relatório de Gestão | 86
- 3.2. Arcabouço Jurídico Normativo sobre
o Planejamento no SUS | 88
- 3.3. Saúde Digital | 95

PARTE IV:

Sistema Digisus Gestor -
Módulo Planejamento | 101

- 4.1.. Acesso ao Digisus Gestor -
Módulo Gestor Planejamento | 108
 - 4.1.1. Plano de Saúde | 114
 - 4.1.2. Programação Anual de Saúde | 119
 - 4.1.3. Relatório de Gestão | 122
- 4.2. Considerações Gerais | 138

PARTE V:

Sistema de Informação sobre
Orçamentos Públicos Em
Saúde (SIOPS) | 141

Sistema de Informação sobre Orçamentos
Públicos Em Saúde (SIOPS) | 146

APÊNDICES | 163



APRESENTAÇÃO

Com grande entusiasmo, apresentamos a segunda edição do Manual de Apoio ao Planejamento Municipal em Saúde (2026-2029), uma ferramenta indispensável para qualificar a gestão, o planejamento e o controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualizado e ampliado, este manual oferece subsídios teórico-metodológicos essenciais para a elaboração dos Planos Municipais de Saúde, além de orientações práticas para o uso do DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento e do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), instrumentos estratégicos para qualificar o planejamento, a execução e o monitoramento das políticas públicas de saúde.

Fruto da parceria entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e o Ministério da Saúde, com apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e coordenação da Assessoria de Planejamento e Gestão (APG/Coplan), esta publicação expressa o compromisso institucional com o fortalecimento da gestão tripartite e a consolidação do SUS como uma política pública estruturante e transformadora.

Registro, a importante contribuição do Conselho Estadual de Saúde, cuja participação contribuiu que esta edição mantivesse sua centralidade na promoção do controle social e no fortalecimento dos espaços de participação da sociedade na formulação, execução e avaliação das políticas públicas de saúde.

Ao longo desta obra, o leitor encontrará uma estrutura clara e objetiva. Na Parte I, destacam-se os atores do planejamento no SUS, responsáveis por conduzir e articular as ações no âmbito municipal. A Parte II explora o processo de planejamento, orientado pelo referencial de Carlos Matus, oferecendo um roteiro preciso e participativo para a construção de estratégias eficientes e resolutivas.

A Parte III apresenta os produtos do planejamento — o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios de Gestão —, explicando suas finalidades, formatos e processos de elaboração. Em seguida, o leitor percorrerá o arcabouço jurídico e normativo, com destaque para a Constituição Federal de 1988 e as principais normas que orientam a execução do planejamento em saúde nos âmbitos federal e estadual.

Na Parte IV, o manual detalha o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento, apresentando sua trajetória histórica, suas funcionalidades e orientações práticas para que as equipes municipais possam utilizá-lo plenamente. Por fim, a Parte V é dedicada ao Siops, ferramenta indispensável para o aprimoramento da transparência, do planejamento e da gestão dos recursos públicos no âmbito do SUS.

Esperamos que esta publicação inspire, qualifique e fortaleça o trabalho dos gestores municipais, técnicos e conselheiros de saúde, promovendo maior integração entre os entes federativos e impulsionando uma gestão pública cada vez mais eficiente, participativa e comprometida com a garantia do direito à saúde para todas e todos.

Roberta Silva de Carvalho Santana
Secretária da Saúde do Estado da Bahia



INTRODUÇÃO

Assim se completa uma volta na espiral da aprendizagem: a assimilação de uma situação nova; a repetição para não perder a habilidade adquirida; a repetição para fazer a manutenção dessa habilidade; a repetição para aperfeiçoá-la e, finalmente, o encorajamento para enfrentar um novo desafio, uma nova situação que mantenha laços com aquela que foi superada (FREIRE e SCAGLIA, 2009, p.180).

São com essas palavras, que queremos introduzir este manual a você, leitor, e dizer que ele foi construído com base na ideia de um espiral. A espiral é popularmente conhecida como um símbolo que remete ao infinito e, ao mesmo tempo, evolução, fazendo um movimento ascendente e progressivo. Nas ciências, a proporção áurea explica o padrão de organização e a criação de formas artísticas e da natureza.

Na educação, importantes pensadores utilizaram dessa metáfora para criar teorias e métodos. Entre essas teorias e métodos existe a espiral da aprendizagem, que consiste em uma técnica que possibilita ao principal interessado na aprendizagem, rever e repassar conteúdos já trabalhados e experiências vividas.

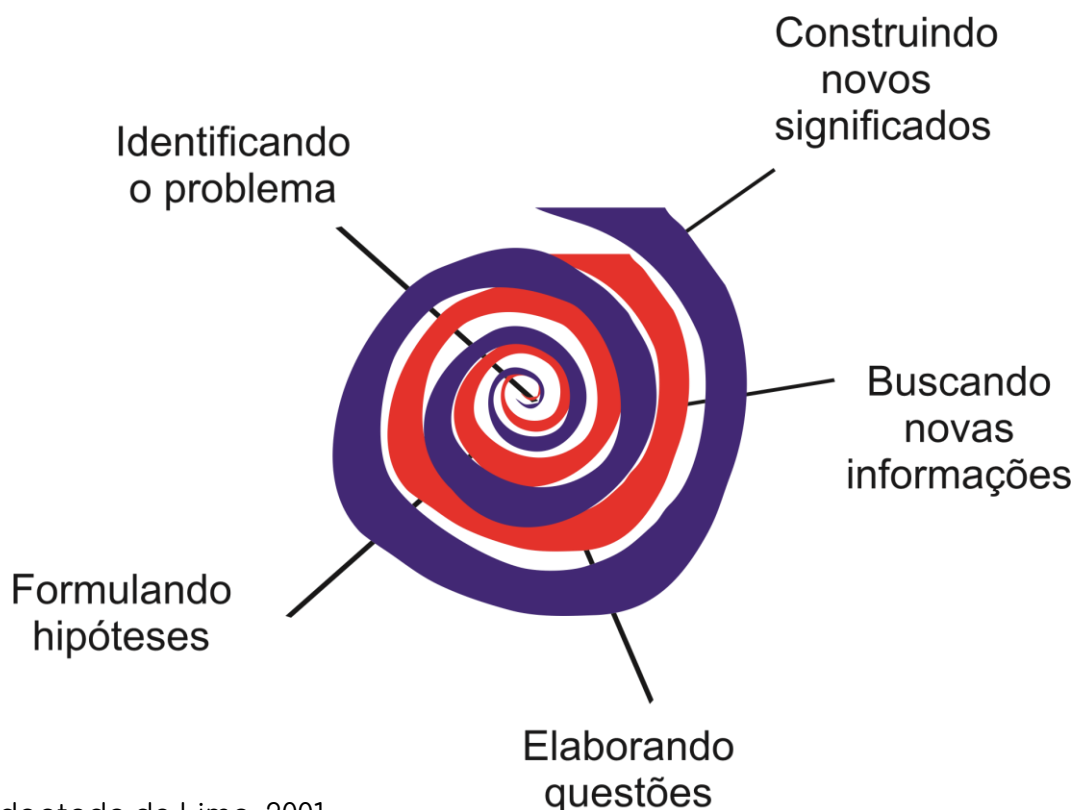
Freire e Scaglia (2009) abordam a espiral em sua obra como um processo que, ao final, traz autonomia para os indivíduos. Não é possível criar sem liberdade e os responsáveis pelos processos educativos necessitam compreender a restrição que a limitação de experiências traz ao desenvolvimento de um comportamento autônomo. A partir dessa visão, a atividade, independente de qual seja ela, deveria estar dentro de um método que crie situações de autonomia.

Outra metodologia importante é a espiral construtivista. Seus fundamentos teóricos se dão a partir de uma concepção construtivista da educação e do princípio da globalização, juntamente com elementos da dialogia, da aprendizagem significativa e da metodologia científica (LIMA, 2017).

Os movimentos da espiral são: identificação de problemas, formulação de explicações, elaboração de questões de aprendizagem, busca por novas informações, construção de novos significados e avaliação dos processos e produtos. Sua função é justamente propiciar um processo de aprendizagem pautado no trabalho coletivo, pensando em identificar conhecimentos prévios e produzindo, a partir disso, novas sínteses e, conseqüentemente, novos significados.

Utilizando ou não a espiral construtivista, devemos considerar que “a força da inércia representa um forte obstáculo a ser enfrentado, quando se busca mudanças na prática educacional” (LIMA, 2017 p. 431).

Figura 01: Espiral construtivista do conhecimento



Consideramos, ao construir o Manual de Apoio ao Planejamento Municipal em Saúde, que ele possa representar de alguma forma essa força que tira você, leitor, da inércia. Este é um desafio que moveu todo o processo de construção e a forma de organizá-lo.

A personalização desta obra não está associada à ideia de que o ensino será diferente para cada leitor, mas ao entendimento de que, juntos, construiremos caminhos personalizados para alcançar os resultados desejados: a aprendizagem. Por isso, o valor está no percurso, isto é, na experiência vivida.

O referencial artístico e científico, em torno da figura do espiral, mobilizou o entendimento para a elaboração do Manual de Apoio ao Planejamento Municipal, utilizando elementos que permitam que o ciclo do conhecimento seja concluído, e que o próximo comece a partir da expansão do anterior, mas que ao mesmo tempo, possibilite retomadas e lembretes aos temas que já foram apresentados.

Este manual está organizado, estruturalmente, em três partes com base na teoria do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus. Essas partes são denominadas de **ATOR - PROCESSO - PRODUTO** e representam voltas completas nessa espiral, ao tempo que se tornam mais complexas e interdependentes umas das outras.

A quarta parte do Manual consiste na apresentação e orientação do uso do Sistema DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento. Para viabilizar que os conteúdos estejam interligados, foi sinalizado durante a obra os momentos em que existem ligações diretas e que você pode conferir clicando no link. Desta maneira, você poderá reler (caso queira) determinado trecho, agora, porém, com outro olhar.

Ao longo do Manual será contada uma história relativa ao processo de planejamento em saúde em um município fictício, com simulações de situações que remetem aos momentos de elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS). Desta forma, esperamos que você inicie a identificação de problemas e a formulação de explicações que são etapas da espiral construtivista. Para isso, foram desenvolvidos os personagens (gestor, trabalhador de saúde, usuário e conselheiro de saúde) responsáveis pelo diálogo introdutório de cada capítulo do manual.

Por fim, algumas seções foram criadas: **Para saber mais** (Conteúdo teórico que aprofunda o conhecimento do manual); e **Aprenda isso de outra forma** (materiais como vídeos, histórias, filmes que porventura façam relação) para manter o diálogo com outras áreas do saber. Com essa metodologia, espera-se que seja possível, além de uma aprendizagem significativa, uma leitura proveitosa.

Por isso, o valor é atribuído ao percurso, ou seja, à experiência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREIRE, J. B. & SCAGLIA, A J. Educação como prática corporal. São Paulo: Scipione, 2009. (Coleção Pensamento e ação em sala de aula).

LIMA, V.V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):421-34.

LIMA V.V. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives [dissertation]. Chicago: Department of Health Education, University of Illinois at Chicago; 2001.



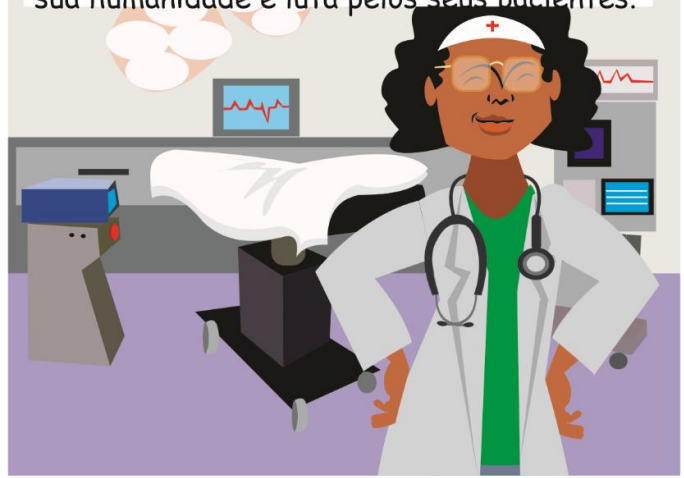
1

ATORES DO PLANEJAMENTO NO SUS

A cidade de Caldas de São Joaquim passou por uma eleição acirrada. O novo prefeito mudou todos os secretários e a maioria dos cargos de coordenação.



Maria de Lourdes, enfermeira assistencial por mais de 15 anos, sempre se destacou pela sua humanidade e luta pelos seus pacientes.



Devido a força que Maria de Lourdes tem com a comunidade, ela foi escolhida pelo prefeito para ser a nova Secretária de Saúde.



Tenho que ficar atenta as metas a serem alcançadas, aos indicadores de avaliação de desempenho...é tanta coisa!

Como é difícil trabalhar na gestão...mas vamos em frente.

A vida de Lourdes mudou, decisões precisavam ser tomadas, tarefas a serem cumpridas.

Até que em uma reunião da CIB, uma técnica da SESAB apresentou a necessidade de os municípios iniciarem a construção dos Planos Municipais de Saúde.

Bom dia, secretária! Viemos conversar sobre a necessidade de discutirmos os objetivos e metas da saúde para os próximos quatro anos.

Sim, o Plano Municipal de Saúde.

Eu soube que o último foi uma confusão.

Sim, eu, a Joana e o Mário estávamos lá. Conte a ela pessoal.

Eu já tinha até esquecido.

Foi tanta confusão que o prefeito, quando leu a Ata da reunião elaborada pelo Conselho Municipal de Saúde, não homologou.

Maria de Lourdes, ao assumir a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Caldas de São Joaquim, torna-se responsável pela garantia da continuidade e da consolidação das políticas de saúde, de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do Sistema Único de Saúde, exercendo para tanto as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde do seu município. Ela vai precisar acionar um conjunto de saberes e práticas de gestão necessários à implementação das políticas de saúde (SOUSA, 2002).

O planejamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma função gestora que, além de ser um requisito legal, é também um dos mecanismos relevantes para assegurar a direcionalidade do processo de organização da produção de ações e serviços, de modo a responder às demandas e às necessidades de saúde da população no território de abrangência do plano e da programação em saúde. Planejar exige conhecimento técnico materializado em metodologias e instrumentos de trabalho, que devem ser disponibilizados aos gestores e aos profissionais de saúde, de forma a garantir sua participação qualificada no processo de planejamento.

Para Matus (2005), aquele que planeja é, efetivamente, o ator que realiza o cálculo último de síntese que precede e preside a ação. Desta forma, ele redefine e identifica “direção” com “planejamento” na medida em que o cálculo situacional deve ser feito por quem “governa”, daí a sua primeira consideração: planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir.

Para o autor, a complexidade do cálculo situacional não se encontra no nível técnico e sim, no nível político. Sendo assim, a função de planejamento é antes de tudo uma responsabilidade dos gestores do SUS (BRASIL, 2006), responsáveis pela direção política no seu âmbito de atuação, expressa nos seus respectivos planos.

Naturalmente, a posição de onde se planeja, as características do ator que lidera o processo e o conteúdo propositivo que orienta sua ação resultarão em distintos métodos de planejamento (MATUS, 1993). É importante que os gestores invistam na formação de equipes com capacidade técnica e que possam assessorá-los na prática de planejamento, em coerência com o arcabouço jurídico normativo do SUS (ver parte III).

No caso da utilização do enfoque estratégico situacional, o momento de formulação dos planos de saúde pode ser desenvolvido como um movimento cíclico - ascendente e descendente -, garantindo a participação das equipes de saúde que operam desde o nível operacional (unidades de saúde) até o nível tático (distritos sanitários ou regiões de saúde) e estratégico (alta direção).

Matus (1993) sustenta o princípio geral de que todos os atores sociais planejam, ainda que com diferentes graus de formalidade e sistematicidade, e no caso do SUS, a própria configuração institucional do sistema garante a participação da sociedade civil por meio de conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990).

Logo, no processo de planejamento, os conselheiros de saúde desempenham papel fundamental na definição de diretrizes para as políticas de saúde e no acompanhamento de sua execução. As conferências de saúde, por sua vez, constituem-se em importante espaço de deliberação, sendo oportuna a discussão das diretrizes, objetivos e ações que comporão os novos planos de saúde nesses encontros.

Para saber mais...

A Constituição de 1988 estabelece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e a Lei nº 8080/1990 regula a participação da comunidade na criação, controle e avaliação das políticas públicas de saúde, por meio de conferências e órgãos colegiados. A Lei nº 8.142/1990 também garante a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS), determinando a realização de conferências em todos os níveis (municipal, estadual e nacional) para discutir as diretrizes do SUS e eleger representantes para os Conselhos de Saúde.

O Conselho de Saúde é um órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica das Secretarias de Saúde dos municípios, estados e Distrito Federal e do Ministério da Saúde, com composição, organização e competência fixadas em lei. A organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde devem estar especificadas em seu Regimento Interno, elaborado e aprovado em reunião plenária do Conselho, e conter os seguintes itens:

- Periodicidade das reuniões – pelo menos uma reunião ordinária por mês e, extraordinárias, quando necessárias;
- Comissões Permanentes – sem poder deliberativo, as comissões elaboram pareceres a ser submetidos ao Conselho de Saúde;
- Local de funcionamento – o Conselho de Saúde deve ter um local específico, com telefone, computador, acesso à internet, ou seja, possuir uma estrutura mínima para seu funcionamento;

- Dotação orçamentária – deve estar prevista no orçamento da Secretaria de Saúde, recursos para garantir o funcionamento do Conselho de Saúde;
- Secretária Executiva – faz parte da estrutura do Conselho de Saúde, sendo responsável pela sua organização e administração;
- Equipe técnica – é recomendável que a Secretaria de Saúde disponibilize técnicos para atuar no Conselho de Saúde, porém sem exercer papel ou função de conselheiro;
- Composição do Conselho – alguns conselhos de saúde têm discriminada sua composição na sua lei de criação. Deve ser respeitada a paridade do Conselho de Saúde, conforme dispostas na Lei 8.142 de 1990.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um importante instrumento para a democratização da gestão da saúde pública. A ampliação da participação popular e o fortalecimento da transparência são medidas essenciais para consolidar a efetividade do controle social no SUS. Dessa forma, a construção de um sistema de saúde mais justo e participativo dependerá diretamente do comprometimento das instituições e da sociedade civil em conjunto.

O CMS tem como principal função deliberar sobre o planejamento e a execução das políticas de saúde locais, garantindo a transparência na gestão dos recursos públicos. O Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), criado em 2011, regulamenta a organização e integração das ações de saúde pelos diferentes níveis de gestão, incluindo os conselhos de saúde no planejamento ascendente e integrado, do nível local ao federal, sempre compatibilizando as políticas de saúde com os recursos financeiros disponíveis.

Contudo, observa-se que, em muitos municípios, a atuação do conselho é limitada a processos burocráticos de aprovação de programas e projetos assistenciais, sem que haja efetiva proposição de políticas de saúde mais abrangentes (LANDERDHAL et al., 2010). Esse fenômeno compromete a democratização da gestão da saúde, restringindo a participação cidadã apenas às formalidades administrativas.

Além disso, a falta de pluralidade entre os membros do conselho também representa um desafio significativo. Estudos apontam que muitos dos integrantes não possuem conhecimento adequado sobre sua função e a importância do controle social na formulação e fiscalização das políticas de saúde (COTTA et al., 2011). Essa lacuna de conhecimento impede que o conselho atue de forma mais incisiva na defesa dos interesses da população, permitindo que gestores locais exerçam forte influência sobre suas decisões.

A gestão dos recursos financeiros do SUS ocorre, em grande parte, por meio do Fundo Municipal de Saúde (FMS), que segue

diretrizes estabelecidas pela Lei Complementar nº 141/2012 e Portaria nº 3.992/2017. Esses dispositivos normativos garantem a transparência e a correta aplicação dos recursos públicos, por meio do sistema de repasse "fundo a fundo", dividido nos blocos de custeio e investimento. Caso o conselho não realize a fiscalização, pode comprometer a aplicação dos recursos, resultando em ineficiência na execução das políticas de saúde.

Cabe ao CMS fiscalizar a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, analisando e aprovando os relatórios de gestão, garantindo que a destinação dos recursos atenda às necessidades da população. Entretanto, para que essa fiscalização ocorra de maneira efetiva, é importante os conselheiros se manterem capacitados ampliando os mecanismos de participação popular.

A efetiva participação social no CMS ainda enfrenta diversos desafios, sendo um dos principais a falta de conhecimento da população sobre a existência e a função desse órgão (HOLZ, 2021). A ausência de informações claras e acessíveis impede que os cidadãos exerçam plenamente seu direito ao controle social, perpetuando a distância entre a gestão pública e a sociedade civil.

As Conferências de Saúde constituem o espaço de participação social de diversos segmentos da sociedade, devendo reunir-se a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. Elas existem desde a década de 40, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) um marco em sua história pelo seu caráter democrático e de suas repercussões para a construção do Sistema Único de Saúde.

Ao iniciar mais um ciclo de gestão nas cidades do país, é hora dos Conselhos Municipais de Saúde ajudarem os (as) prefeitos (as) a analisar a situação da saúde local. As conferências municipais de saúde, obrigatórias no primeiro ano de mandato, são fundamentais para o planejamento local. Segundo a Resolução Tripartite de 2021, a gestão municipal deve garantir as condições necessárias para o funcionamento do conselho, de acordo com a legislação vigente.

No site do [Conselho Nacional de Saúde](#) estão disponíveis diversos conteúdos sobre a participação social no SUS. Vale a pena conferir!



Aprenda isso de outra forma

Nesse vídeo, o Programa Ligado em Saúde do Canal Saúde da Fiocruz aborda sobre o que são as Conferências, como se organizam, quais suas etapas e objetivos. Não deixe de ver!

<https://youtu.be/r3XY0e4NlME>

A Constituição Federal de 1988 distribuiu igualmente entre os três entes federativos a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde, e definiu como diretriz organizativa do SUS, a descentralização, com direção única em cada esfera do governo.

A configuração institucional do SUS (quadro 01) pressupõe uma articulação estreita entre a atuação dos gestores do sistema em cada esfera de gestão (nacional, estadual e municipal); as instâncias de negociação e decisão, envolvendo a participação das diferentes esferas de governo, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB); os conselhos de Secretários de Saúde nos âmbitos nacional (CONASS e CONASEMS) e estadual (COSEMS); dos conselhos de saúde nas três esferas de gestão, além das conferências de saúde (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008)

Quadro 01: A configuração institucional do SUS

| Níveis de governo | Estabelecimento de consenso e instrumentos administrativos | | Autoridade sanitária | Mecanismos de representação de gestores | Mecanismos de controle social | Mecanismos de formulação de políticas |
|-----------------------------|--|---|----------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| Federal (eleito) | | Comissão Intergestora Tripartite - CIT | Ministério da Saúde | Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS | Conselho Nacional de Saúde | Conferência Nacional de Saúde |
| Estadual (eleito) 26 + 1 DF | | Comissão Intergestora Bipartite - CIB | Secretaria de Estado | Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS | Conselho Estadual de Saúde | Conferência Estadual de Saúde |
| Municipal (eleito) 5.507 | Consórcio Municipal | Comissão Intergestora Regional - CIR | Secretaria Municipal | | Conselho Municipal de Saúde | Conferência Municipal de Saúde |

Fonte: Adaptado de Fleury e Ouverney (2007, p.115)

O modelo proposto pelo Sistema Único de Saúde, com gestão compartilhada entre os níveis de governo, representa um novo modelo de pacto federativo, compatível com um federalismo cooperativo (CERQUEIRA, 2019). Ele requer a coparticipação dos entes federados em sua gestão, garantindo espaços para construção de consensos, por meio das Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), que se constituem em foros de negociação e pactuação entre os gestores das esferas governamentais, com o objetivo de:

- decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS;
- definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no que diz respeito a sua governança institucional e a integração das ações e serviços dos entes federados;
- fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados a integração de territórios e das ações e serviços de saúde entre os entes federados (BRASIL, 2011a).

A composição dessas comissões é paritária, sendo o CONASS e o CONASEMS reconhecidos como as entidades representativas dos entes estaduais e municipais na CIT, e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) representantes dos entes municipais nas CIB. É importante considerar que o processo político se desenvolve nestes espaços de negociação do SUS - CIT e CIB -, quando os diferentes atores políticos disputam entre si a direcionalidade das políticas de saúde.

Para saber mais...

A Comissão Intergestores Tripartite apresenta-se como uma inovação política e tecnológica de organização federativa, na medida em que pressupõe equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as três esferas de governo na Saúde. (WRIGHT, 1997) Instituída na década de 90 e legitimada por meio da publicação da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, ela tem se constituído ao longo dos anos como uma referência de avanço, tanto para a consolidação do Sistema Único de Saúde quanto para a redefinição dos modos de governança no Brasil. (MIRANDA, 2003)

A Comissão Intergestores Bipartite foi regulamentada pela NOB SUS 01/93, sendo constituída em cada estado por ato normativo da secretaria estadual de saúde, sendo formada por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário de estado de saúde, dos municípios, indicados pelo COSEMS, pelo secretário municipal da capital que é membro nato.

A Comissão Intergestores Regional (CIR) é uma instância colegiada permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por promover a articulação entre gestores municipais e estaduais no nível regional. Sua estrutura é não paritária e as decisões são tomadas por consenso, conforme estabelecido pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006). Composta por representantes das Secretarias Municipais e da Secretaria Estadual de Saúde, a CIR atua como espaço de pactuação, planejamento e cogestão solidária, objetivando a organização e o fortalecimento das redes regionais de atenção à saúde. Entre suas funções destacam-se a atualização da Programação Pactuada Integrada (PPI), definição de fluxos e protocolos assistenciais, estímulo ao controle social, apoio ao planejamento local e regional, bem como o monitoramento e avaliação contínuos dos serviços e ações de saúde.

Apesar do importante papel das CIRs na regionalização do SUS e na gestão compartilhada, estudos recentes apontam fragilidades quanto ao controle social efetivo nesses espaços. Observa-se, ainda, que em algumas regiões, esses colegiados têm sido utilizados como espaços formais de validação de decisões previamente tomadas, muitas vezes refletindo disputas de poder mais do que práticas colaborativas. Além disso, há desigualdades no funcionamento e capacidade técnica das CIRs entre diferentes estados, o que compromete a efetividade do planejamento regional em saúde, especialmente em contextos de fragilidade institucional ou baixa capacidade gestora local.

No Estado da Bahia, a CIR foi instituída como parte do processo de fortalecimento da regionalização da saúde, respeitando o desenho territorial do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o estado em 28 Regiões de Saúde agrupadas em 9 Macrorregiões. Com a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e a estruturação das CIRs pela Resolução CIB/BA nº 275/2012, a Bahia passou a adotar um modelo de governança que privilegia o planejamento ascendente e a pactuação regional. A CIR baiana é composta por três representantes da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB) e todos os secretários municipais da respectiva região, com uma coordenação que alterna anualmente entre representantes estadual e municipal.

Além da CIT e da CIB, o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 instituiu, no âmbito regional, a Comissão Intergestores Regional (CIR), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. A organização da CIR deve orientar-se pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR¹) de cada estado da federação.

No estado da Bahia, o PDR atual propõe uma divisão territorial com a conformação de vinte e oito Regiões de Saúde (Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista), e nove Macrorregiões de Saúde (Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul), área correspondente a atuação dos Núcleos Regionais de Saúde (BAHIA, 2007).

As regiões de saúde foram definidas, conforme o Decreto 7508/2011, como "espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2011b). Elas dispõem de, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde. Além disso, cada região deve possuir uma CIR, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

¹Instituído pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS -SUS 01/02) é instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>

Figura 09: Mapa - Regiões de Saúde do estado da Bahia - PDR 2007



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, 2007. Disponível em: [Observatório Baiano de Regionalização](#). Acesso em: 07 de maio 2021.

O PDR da Bahia objetiva o desenvolvimento e a integração entre as regiões sanitárias, possibilitando maior capacidade resolutiva e autonomia decisória no que se refere à garantia do acesso à saúde da população sob sua responsabilidade (BAHIA, 2007; 2015). Assim, encontram-se organizadas 28 CIRs, compostas por representantes da SESAB, secretários e técnicos dos municípios que integram a microrregião de saúde.

Os gestores do SUS atuam tanto no âmbito político quanto no âmbito técnico. O âmbito político é expresso na sua relação com os outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, e no próprio desempenho das funções do Poder Executivo. No âmbito técnico, por meio do exercício das funções gestoras na saúde, entendidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação das políticas de saúde, e que englobam: 1) a formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação; e 4) prestação direta de ações e serviços de saúde. (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008).

A condição de gestor (a) apresenta importantes desafios. O primeiro corresponde a articular e direcionar intencionalidades. Isto é, trata-se de direcionar e aproximar a intencionalidade do saber técnico inserido no projeto social dos profissionais que o detém com o projeto social da comunidade a que servem.

O segundo diz respeito a colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para as quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização (Paim, 1999).

O terceiro está posto diante da complexa tarefa de somar ao papel tradicional do administrador à função de gerente do serviço (organizador da produção), incluindo o público e o privado, os serviços e as ações extra serviços, os conselhos locais e municipais de saúde, sistemas de informações, etc (Paim, 1999).

Em suma, podemos organizar os desafios do (a) gestor (a) de saúde em quatro importantes dimensões:

- Garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços;
- Possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e, também, na execução dos cuidados em saúde;
- Lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos;
- Encontrar a melhor via de obter alta resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações que serão produzidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 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 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 Mar. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Brasília: 2011a

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 26 Mar. 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 45, de 25 de julho de 2019. Altera o anexo da Resolução nº 08, de 24 de novembro de 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-45-de-25-de-julho-de-2019-212173195>. Acesso em: 24 fev. 2021.

COTTA, R.M. et al., O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1121-1137, 2011

CERQUEIRA, S.C.C. O CONASS e as linhas de construção do SUS: Análise Política no período 2006-2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2019. 198f e apêndices

FLEURY, S. & OUVENEY, AM. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da Política de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204p.

HOLZ, L.; RODRIGUES, A. de S.; LAVALL, E. Knowledge and engagement of health user's about the Municipal Health Council: an experience report. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e32610313458, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13458. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13458>. Acesso em: 18 feb. 2025.

LANDERDHAL MC et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2431-2436, 2010

MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. 3ª ed. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. *Teoria do Jogo Social*. São Paulo: FUNDAP, 2005.524p.

MIRANDA, A.S. Análise estratégica do processo decisório na comissão intergestores tripartite do Sistema Único de Saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

NORONHA, J.C.DE; LIMA, L.D.DE; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella, L et al (org) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1112p.

PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. *Debatedores*. In: Schraiber, L. B., et al. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (2): 243-261, 1999

SOUSA, R.R. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002

SOUSA, L.E.P.F. & VIANA, A.L. D'ÁVILA. A Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1ª. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. 720p.

WRIGHT, D.S. Understanding intergovernmental relations. 3 ed. California: Books/Cole Publishing Company, 1998



2

PROCESSO DO PLANEJAMENTO NO SUS

Mais uma vez Maria de Lourdes precisaria vivenciar a formulação de um plano e agora como uma das comandantes dele. E agora, Lourdes?



Maria de Lourdes, então, se preparou, pesquisou sobre a elaboração do Plano de Saúde, recebeu orientação da SESAB e um Manual de apoio que serviria de guia para a elaboração do PMS e começou a pensar na composição da equipe.



Bom dia, equipe, sejam bem vindos! A partir de hoje, vamos juntos criar as propostas de ação para a saúde do nosso município.



Vamos aqui ver como solucionar os problemas e necessidades de nossa cidade.



Pauta:

- Avaliação das ações de saúde
- Relatório da Conferência Municipal de Saúde
- Análise situacional do município
- Definição dos objetivos e metas
- Construção dos módulos operacionais/análise de viabilidade

E lá vamos nós inventar moda! Não se lembram que não deu certo da última vez?

Problema ou não precisamos tentar, e o povo precisa ouvir, minha comunidade vai querer participar.

Temos que alinhar os conceitos, analisar a situação de saúde, definir os objetivos, pensar estratégias para reorganizar a atenção à saúde.

Não vai ser fácil, mas vamos conseguir!

Bem vindo, Thiago!

Lourdes, então, formou uma comissão com representantes dos trabalhadores e da comunidade e a equipe de planejamento ficou responsável por conduzir o trabalho.

Após a publicação da comissão de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Caldas de São Joaquim, a equipe de planejamento da Secretaria de Saúde realizou a primeira reunião quando foi apresentada a metodologia de trabalho do grupo. Tereza Cristina, dentista da USF Novo Horizonte, foi convidada a compor a equipe de planejamento devido a sua experiência anterior na elaboração do Plano de Saúde do município de Vista Alegre, além de ter finalizado recentemente um curso de atualização de planejamento no SUS. Como era a pessoa mais experiente do grupo, contribuiu muito para esclarecer as dúvidas dos participantes, e explicar a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Ela explicou que é possível adotar diversas metodologias quando se constrói um plano de saúde, mas que pelas características do SUS, o método do PES é o que melhor se adequa ao objeto da saúde. O enfoque do PES (MATUS, 1993) foi desenvolvido pelo autor chileno Carlos Matus, e parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, a exemplo do que ocorre no campo da saúde, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação (ARTMANN, 1993).

Este enfoque articula-se a distintas contribuições metodológicas que compõem a chamada “trilogia matusiana” (ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C., 1997): o Planejamento Estratégico-Situacional (PES), o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP²), ambos desenvolvidos pelo referido autor, e a Planificação de Projetos Orientados por Objetivos (ZOPP), adaptado por ele. O próprio autor sugere a combinação destes métodos, segundo a hierarquia e a complexidade dos problemas abordados, destacando a coerência e identidade de concepção metodológica entre eles. A figura 02 traz uma representação gráfica da trilogia matusiana e sua aplicação por nível de complexidade.

²Matus, C. MAPP Metodo Altadir de Planificacion Popular. 1 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007 Disponível em: <http://www.coodi.com.uy/redoeste/docs/bibkiigeneral/MAPP-Metodo-Altadir-de-Planificacion-Popular.pdf>

Figura 02 – Trilogia Matusiana



O PES, segundo Matus, é um método apropriado para o nível diretivo de instituições de grande porte e com pessoal especializado, a exemplo das secretarias de saúde. O ZOPP é um método de complexidade intermediária, com limitações para fazer análise estratégica e abordar determinados problemas que definem uma situação global (macroproblemas), sendo mais apropriado para o nível operacional específico. O MAPP, por sua vez, constitui-se num método por problemas a ser operacionalizado no nível local (associações de moradores, instituições de pequeno porte, unidades de saúde) mas também apresenta limitações (ARTMANN, 1993; ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C., 1997).

Problema pode ser definido como uma discrepância entre o que é e o que deveria ser, como algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social. Ou seja, o que é problema para um ator social pode ser uma oportunidade para outro.

Os problemas podem ser classificados em (MATUS, 1993):

- problemas bem-estruturados - *referem-se a problemas que respondem a leis ou regras claras, invariáveis e/ou comportamentos previamente conhecidos e cujas soluções podem ser normatizadas.*
- problemas quase-estruturados ou mal-estruturados - *diz respeito a situações problemáticas de incerteza nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e que só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos.*

- *problemas finais - referem-se a missão institucional, ou seja, àqueles vividos pela população e que justificam a existência da organização.*
- *problemas intermediários - são os problemas-meio que não se relacionam diretamente ao produto final mas seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações.*
- *problemas atuais - são aqueles problemas que se manifestam no presente*
- *problemas potenciais - referem-se a processos tendenciais que podem desenvolver problemas no futuro e que precisam ser enfrentados de forma preventiva.*

Ao contemplar as necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários (PAIM, 2006). Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

O planejamento pode adotar uma imagem-objetivo definida a partir de valores, ideologias, utopias e vontades (CPPS/OPS, 1975), ou uma situação-objetivo, projetada com mais precisão (MATUS, 1993). No primeiro caso, as necessidades não se reduzem a problemas (mortes, doenças, carências, agravos e riscos), podendo expressar projetos (paz e qualidade de vida), ideais de saúde (bem-estar e felicidade) e novos modos de vida (práticas saudáveis). As proposições serviriam para a construção de pontes ou abertura de caminhos na direção da imagem-objetivo (PAIM, 2006). No segundo caso, é fundamental a identificação e a explicação dos problemas da situação inicial para daí propor as ações e estratégias para o alcance da situação-objetivo.

Ao se admitir o planejamento como um processo, destacam-se quatro momentos fundamentais: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MATUS, 1993). Para Matus, o conceito de momento

é próprio de um processo contínuo e encadeado sistematicamente, em oposição ao conceito de “etapa” do planejamento normativo, que indica uma sequência linear e direcionada, iniciada com o diagnóstico, passando pelo desenho e aprovação do plano-livro e finalizando nas instâncias de execução, avaliação e controle. Na realidade, cada momento do processo de planejamento está sempre presente, ainda que um deles adquira importância em alguma instância concreta.

Como as organizações e ações de saúde são dinâmicas, o ordenamento desses momentos não deve ser visto como etapas estanques. Na dependência de cada situação, o planejamento pode começar por qualquer um desses momentos. A dominância de um sobre os outros em uma dada conjuntura ou no cotidiano de uma organização é perfeitamente admissível, podendo tal conformação ser substituída em outras circunstâncias (PAIM, 2006).

Figura 03: Momentos do Planejamento Estratégico Situacional



2.1. MOMENTO EXPLICATIVO

No município Luz do Amanhã, ocorreu a posse do novo prefeito da cidade com mudança dos secretários municipais. O novo secretário de saúde, Carlos Alberto, ao assumir o cargo, em seu discurso fez questão de ressaltar as suas intenções, e ao mesmo tempo explanou que seria um desafio gerir a pasta da saúde, pois ele não conhecia o SUS.

Em reunião com o grupo dirigente da SMS, ao ser informado que era necessário a elaboração do Plano Municipal de Saúde, Carlos Alberto solicitou à Antônio, seu assessor de gabinete, para ficar à frente desse processo. Por sua vez, Antônio também não conhecia o SUS, nem sequer o Plano Municipal de Saúde, a solução encontrada por ele foi contactar a servidora que havia conhecido em uma das reuniões e que havia gostado da sua participação, e repassar essa demanda, dando a ela total liberdade na realização da tarefa.

Ana Cláudia, formada em enfermagem, atuava na SMS há 10 anos, e já havia participado da elaboração do Plano Municipal de Saúde anterior, que na ocasião foi realizada por uma consultoria e sua participação aconteceu de forma pontual, quando lhe foi solicitado algumas ações e metas do Programa Saúde em Casa, que à época ela era responsável.

Diante da demanda feita pelo Gabinete do Secretário, Ana Cláudia procurou se informar sobre o Plano Municipal de Saúde, seus elementos constitutivos, para pensar a realização dessa tarefa. Então, ela foi em busca de material e por acaso encontrou no site da SESAB, o Manual de Apoio ao Planejamento Municipal de Saúde, que explicava os momentos para elaboração dos Planos Municipais, e percebeu que antes de definir ações e metas para os quatro anos, era necessário fazer a Análise de Situação de Saúde para identificar e explicar os problemas.

Caro leitor, assim como Ana Cláudia, convido-lhe a mergulhar nesse conhecimento.

Vamos entender o Momento Explicativo?

A análise da situação de saúde (ASIS), compreendida a partir da perspectiva do planejamento estratégico situacional, corresponde ao *momento explicativo* do processo de planejamento em saúde. O enfoque estratégico situacional foi elaborado, inicialmente, por

Matus (1993), como uma teoria geral do planejamento, com intenção de subsidiar práticas concretas em qualquer dimensão da realidade social e histórica (TEIXEIRA, 2010).

Neste Manual, o enfoque de planejamento está orientado para o setor saúde, e compreende-se que a escolha pelo enfoque estratégico situacional implica em trabalhar com o conceito de situação e implica em eleger os problemas de saúde como objeto do planejamento. Para desenvolver essa discussão, faz-se necessário entender em que sentido e com que propósitos Matus traz o conceito de situação.

O conceito de situação ou explicação situacional é introduzido por entender que a realidade é explicada na perspectiva e em função das intenções do ator nela envolvido, superando desta forma, a ideia de um diagnóstico.

“A situação é a explicação da realidade, elaborada por uma força social em função de sua ação e de sua luta com outras forças sociais. Ela refere-se ao ator da explicação, seus oponentes e aliados, suas ações, as ações de seus oponentes e aliados, assim como à realidade social construída no processo social. Esta realidade apresenta-se como dada num certo momento da formação social, mas é produto da luta constante por manter, reproduzir e transformar o sistema”. (MATUS,1993,p.219)

A explicação situacional é alternativa ao conceito tradicional de diagnóstico, e segundo Matus (1993), apresenta as seguintes características:

- É uma indicação;
- É uma explicação ativa porque é feita pelo próprio ator envolvido na ação;
- É uma explicação autorreferencial porque não é feita para servir apenas ao propósito definido do ator, mas também ao ponto de vista deste ator;
- É uma explicação policêntrica porque procura incorporar a perspectiva do outro;
- É uma explicação dinâmica;
- É uma explicação totalizante, pois recorta um momento do processo de produção social, mas considerando-o numa perspectiva histórica e nas diferentes dimensões (políticas, sociais, econômicas e culturais) da realidade.

Explicar a situação presente significa: reconsiderar a validade do conjunto de problemas relevantes; compreender o processo de interrelação entre os problemas, para ter uma visão sintética do sistema que os produz; elaborar hipóteses sobre o processo de geração dos problemas identificados; é, também, precisar o valor que esses problemas têm para os distintos atores sociais, que é a importância que o problema tem no projeto de cada ator.

De uma forma simplificada, a Análise da Situação de Saúde, considerada aqui como o momento explicativo do planejamento estratégico situacional, seria o momento de identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população, com o objetivo de identificar necessidades sociais de saúde e determinar prioridades de ação.

Os problemas e as necessidades de saúde de uma população geralmente são identificados a partir da existência de mortes e de doenças, mas também podem ser identificados a partir de riscos presentes no ambiente e nas condições de vida dos diversos grupos (BAHIA, 2013). A ASIS deve levar em conta as distintas visões de saúde dos diferentes atores sociais implicados na ação (TEIXEIRA, 2010).

a) Identificação de Problemas

Segundo Teixeira (2010), a identificação de problemas de uma determinada população exige que se caracterize a população de acordo com variáveis biológicas, ecológicas, socioeconômicas, culturais e políticas, isto é, a identidade de representação de interesses, problemas, necessidades e demandas a partir da organização e mobilização em torno da luta pela saúde.

E o que seriam problemas? Para Matus (1993), o problema é a discrepância inevitável e inaceitável de uma situação entre o que ela é e o que deveria ser, para um determinado ator social. Também é um conceito situacional.

b) Descrição dos problemas

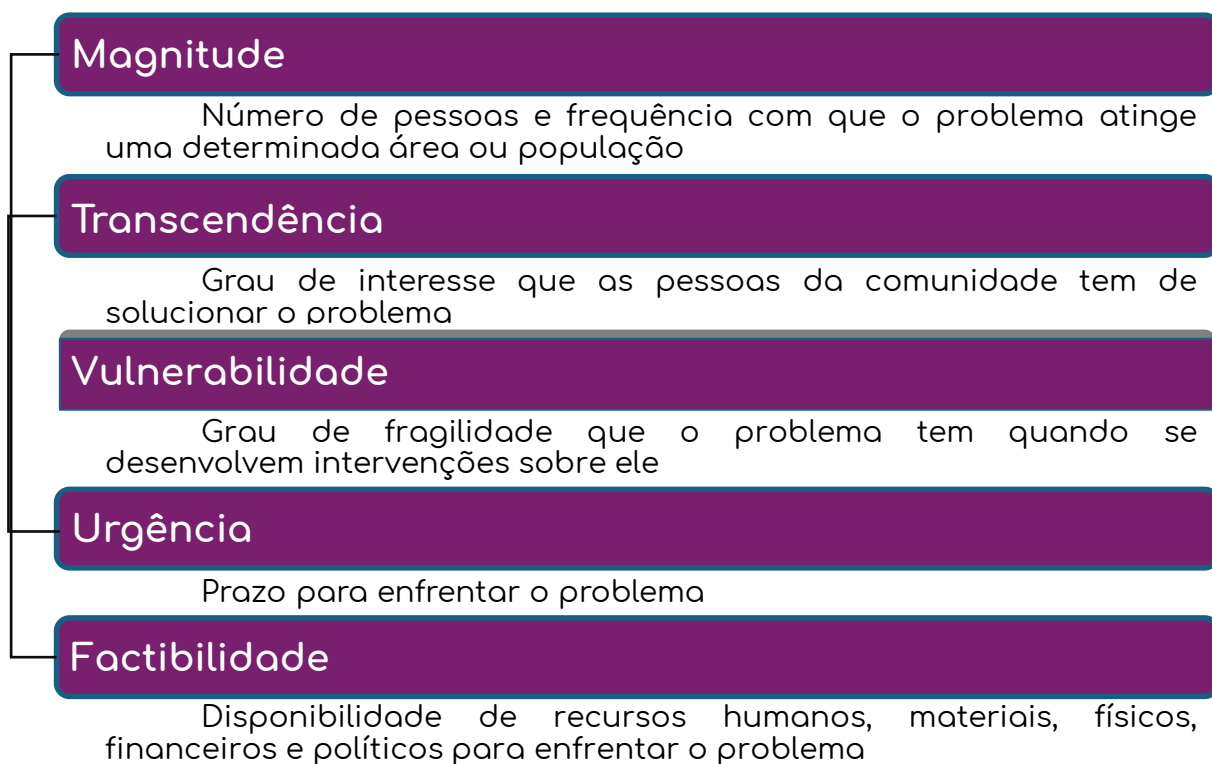
O processo de descrição dos problemas recupera a contribuição da epidemiologia, na medida em que remete aos indicadores de saúde. Descrever problemas implica na definição do quê, de quando, de onde e, principalmente, de quem são os grupos sociais afetados pelos problemas.

- O Que é? – óbito, doença, agravo, risco, necessidade;
- Quem é atingido? – grupos sociais distintos, localizados concretamente em territórios distintos;
- Onde ocorre? – mapeamento das condições de vida e saúde;
- Quando ocorre? – hoje, amanhã, mês.

c) Priorização de Problemas

A determinação de prioridades é a escolha de problemas e ações nos quais será feito maior investimento em termos de intensidade das intervenções, e constitui-se num procedimento necessário dado o caráter praticamente ilimitado dos problemas e as limitações de recursos para enfrentá-los ao mesmo tempo. Ela pode ser realizada com utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos. Os critérios mais comumente utilizados provêm do método CENDES-OPS e encontram-se dispostos abaixo.

Figura 04: Descrição dos critérios de priorização de problemas



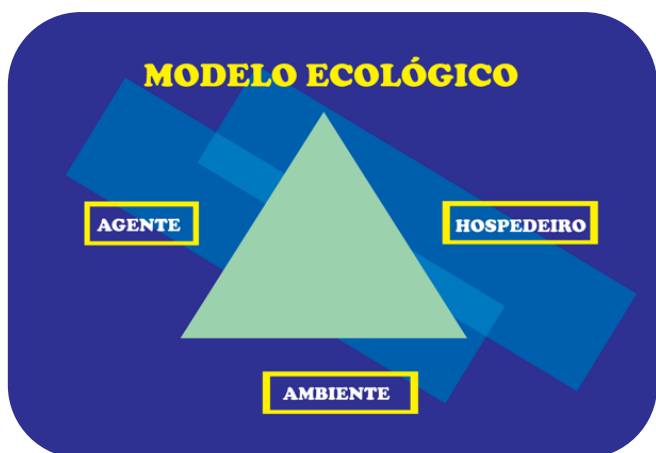
A priorização de problemas pode ser um processo autoritário (se a autoridade política define as prioridades sem levar em conta as visões dos demais atores) ou participativo (se a determinação das prioridades resulta de um debate e uma negociação em que interagem as visões dos diversos atores sociais acerca dos problemas e das oportunidades de ação).

d) Explicação dos problemas

Explicar os problemas de saúde é analisá-los nas suas especificidades, é fazer uma descrição das causas/determinantes dos problemas. Mas não basta descrevê-los, é necessário mostrar como se articulam os fatores explicativos do problema (causas e determinantes) para a sua produção.

Existem diferentes modelos explicativos (Figura 04) que foram construídos ao longo do tempo e que refletem o momento histórico da Epidemiologia em que foram elaborados, assim como a compreensão do processo saúde-doença que está por trás da explicação (TEIXEIRA, 2010).

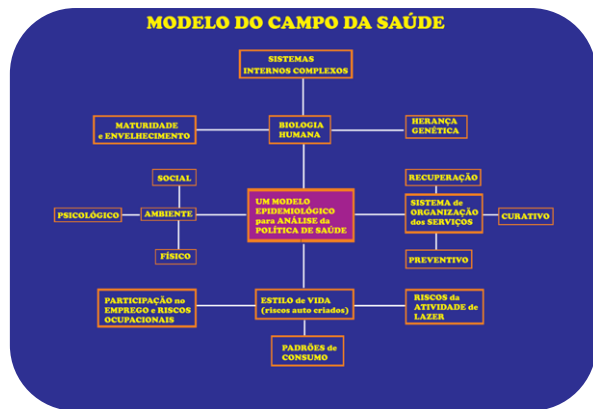
Figura 04 - Modelos Explicativos do Processo Saúde-Doença



O **modelo ecológico** compreende o processo saúde-doença a partir da relação entre três elementos: o agente, o hospedeiro e o ambiente.



O **modelo socioecológico** incorpora a essa tríade os fatores de conduta pessoal na relação de explicação.



O modelo do campo da saúde amplia e complexifica essa explicação quando trabalha com as seguintes dimensões: biologia humana (sistemas internos complexos, herança genética, maturidade e envelhecimento); ambiente (social, físico e psicológico); estilo de vida (participação no emprego e riscos ocupacionais, padrões de consumo, risco de atividade de lazer); sistema de organização dos serviços (recuperação, curativo e preventivo).

No Planejamento Estratégico Situacional, a metodologia de elaboração da explicação de um problema deriva da Teoria da Produção Social, sendo operacionalizada por meio do Fluxograma Situacional. O Fluxograma Situacional organiza as informações obtidas em níveis de determinação, partindo da explicitação dos “descritores” (indicadores, variáveis e dados) que permitem a caracterização do problema que está sendo analisado, dispondo-se ordenadamente as informações referentes aos Fatos (fenômenos), Processos (condicionantes históricos) e Estruturas (determinantes estruturais) que explicam a existência do problema (TEIXEIRA, 2010, p.22). O diagrama 1 traz um exemplo da explicação de um problema por meio do fluxograma situacional.



O modelo da Determinação Social analisa as relações entre saúde e seus determinantes sociais, ou seja, leva em consideração as condições de vida, estrutura econômica, cultural, ambiental, estilo de vida, entre outros. Reflete sobre o impacto que os determinantes sociais têm na saúde e na estruturação de outras causas de problemas de saúde.

Diagrama 01 - Fluxograma da situação da Hipertensão Arterial

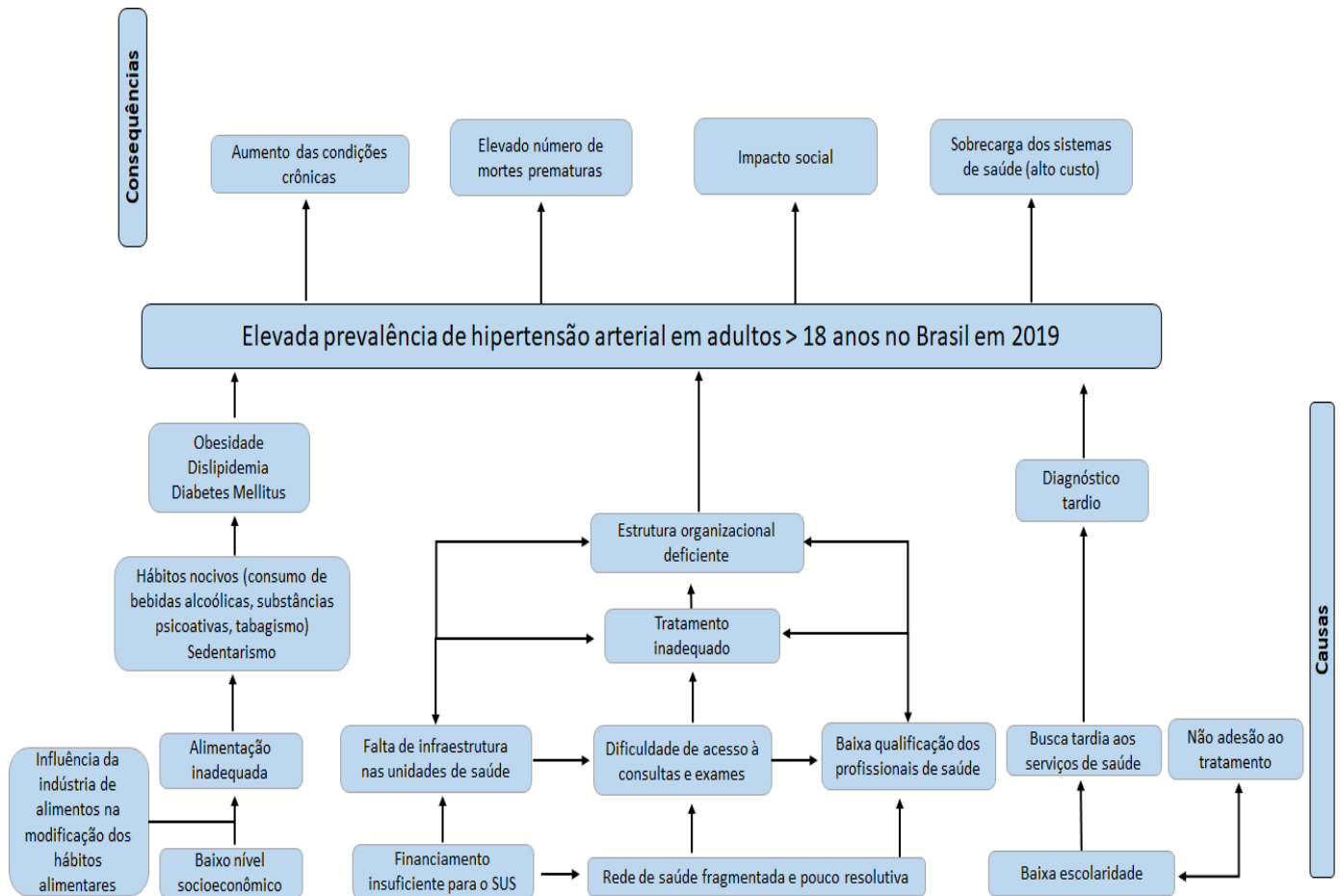
| Problema: Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos >18 anos no Brasil em 2019 | | | |
|---|--|--|---|
| Causas | | | |
| Regras | Acumulações | Fluxos | Vetor de Definição do Problema (VDP) |
| Influência da indústria de alimentos na modificação dos hábitos alimentares Baixo nível socioeconômico | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) Hábitos nocivos (consumo de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas, tabagismo) Sedentarismo | Obesidade Dislipidemia Diabetes mellitus | Elevada prevalência de Hipertensão Arterial em adultos no Brasil – 24,5% dos adultos maior ou igual a 18 anos (2019 – Vigitel) 27,3% mulheres/21,2% homens; 59,3% em adultos com 65 anos ou mais 41,5% em adultos entre zero e oito anos de escolaridade |
| Financiamento insuficiente para o SUS Rede de saúde fragmentada e pouco resolutive | Dificuldade de acesso à consultas e exames Falta de infraestrutura nas unidades de saúde (estrutura física, instrumentais e equipamentos) Tratamento inadequado Baixa qualificação dos profissionais de saúde para manejo dos casos | Estrutura organizacional deficiente | |
| Baixa Escolaridade | Busca tardia aos serviços de saúde (doença instalada) Não adesão ao tratamento | Diagnóstico tardio | |



| Consequências |
|--|
| Aumento das condições crônicas Elevado número de mortes prematuras Impacto social Sobrecarga dos sistemas de saúde (alto custo) |

Para fins de operacionalização, podemos construir a Árvore de Problemas, que constitui-se em diagrama mais simplificado cujo objetivo também é organizar a explicação do problema. Nesta árvore as raízes são os determinantes dos problemas, o tronco, os condicionantes, enquanto os galhos, folhas e frutos, as consequências do problema ou fenômenos (TEIXEIRA, 2010). O diagrama 2 apresenta o mesmo problema utilizado no fluxograma situacional.

Diagrama 02 - Árvore de problemas



Fonte: Elaboração própria



No seu município, como a Secretaria Municipal de Saúde se organiza para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS)? Quem participa de sua elaboração? É realizado o momento explicativo? A ASIS é entendida como momento explicativo ou é apenas um diagnóstico que compõe o PMS?

Chegou a hora de praticar



1

Atividade: identifique os problemas de saúde que acometem a população do seu município. Para compreender a relação dos problemas em seu território é importante que essa identificação seja feita de forma localizada.

Exemplo: Acontece em uma região apenas? Em um bairro? Em uma rua?

Sugestão: Utilize recortes territoriais que auxiliam na delimitação do problema, para compreender a ocorrência desse problema.

2

Atividade: Descreva os problemas de saúde identificados na atividade 01, a partir das seguintes questões: O que é? *Quem é atingido? Onde ocorre? Quando ocorre?*

Exemplo: Qual sexo e/ou faixa etária que a doença ou óbito acometem? Acomete uma raça/cor específica? Ele é circunscrito ou abrange mais de uma região? Quais elementos socioeconômicos, ou de estilos de vida estão relacionados ao problema? Quais os meses do ano que houve mais notificação de casos? A tendência é de redução, estabilidade ou aumento nos últimos cinco anos?

Fique atento: As aferições da variável “tempo” podem ser feitas a cada dia, semana, semana epidemiológica, mês, ano, biênio, etc., considerando a disponibilidade do dado e a análise que se pretende fazer. É importante destacar que essas aferições devem ocorrer em intervalos igualmente espaçados no tempo e não de maneira irregular.

3

Atividade: Tendo em vista que o Plano Municipal de Saúde é para o período de quatro anos, recomenda-se realizar a priorização dos problemas para que se possa fazer o planejamento estratégico adequado para a sua execução. Agora, após descrever os problemas identificados, priorize os problemas utilizando os critérios Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade, Urgência e Factibilidade.

Sugestão: Construa uma tabela, no programa de word ou excel, nas colunas separe problema identificado e critérios. A partir da descrição do problema, levante as informações sobre a Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade, Urgência e Factibilidade, descreva as tecnologias disponíveis e custos para enfrentamento da situação e pontue sobre cada critério. Depois, coloque-os em ordem decrescente.

4

Atividade: Para facilitar esta atividade, é necessário identificar e relacionar os dados que estão disponíveis, os sistemas de informações, documentos técnicos, estudos científicos e pesquisas amostrais.

Feito isso, vamos conhecer o seu município?

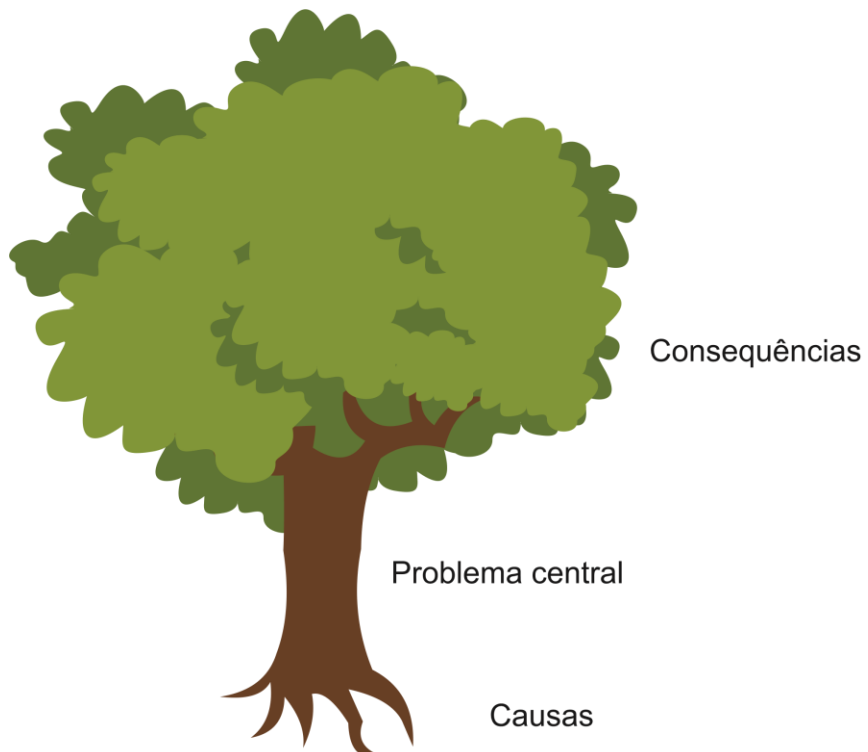
- a) Descreva o perfil demográfico, socioeconômico, educacional e de morbimortalidade.
 - Qual a extensão territorial? É predominantemente urbana ou rural?
 - Quais as características principais do seu território? É polo da região?
 - Qual a população do seu território? Como está a relação por sexo, faixa etária e raça/cor?
 - Qual a densidade demográfica?
 - Qual a pirâmide etária do seu município? A pirâmide pode ser trabalhada por quinquênio ou anual, essa variável depende do destaque que se quer dar.
 - Tem coleta de lixo?
 - Tem saneamento básico?
 - O que o PIB, IDHM, índice de Gini retratam sobre o seu município?
 - A maior parte da população do município é economicamente ativa? Qual a ocupação dessa população? Qual a relação entre desocupados e ocupados e o que isso reflete nas condições socioeconômicas do município?
 - Qual a taxa de alfabetização das pessoas menores de 10 anos do seu município?

- As crianças e adolescentes frequentam as escolas?
- Do que as pessoas mais adoecem? Do que mais morrem? Do que mais internam?

b) Caracterize a rede de atenção à saúde

- Qual o modelo de atenção à saúde adotado pelo meu município?
- Quais programas estão implantados?
- Qual a cobertura populacional dos serviços?
- Como está organizado o Sistema Municipal de Saúde?
- Como está a relação dos serviços ofertados e a necessidade da população?

Chegou a vez de explicar os problemas prioritários e compreendê-los, a fim de definir as ações necessárias para enfrentá-los e mudar a situação de saúde nos próximos anos. Para essa atividade, vamos utilizar a árvore de problemas?



Sugestão: Construa uma tabela, em um programa de Word ou Excel. Crie colunas representando o caule, as folhas/frutos e a raiz. E preencha a partir dos problemas prioritários os fatores causais e as consequências. Para melhor compreender o problema, sugere-se buscar nos estudos científicos elementos que embasem essas relações, sempre atento a destacar os fatores determinantes e condicionantes, com base no modelo dos determinantes sociais apresentado anteriormente (Tabela 01).

Tabela 01: Explicação do problema identificado utilizando o modelo de Árvore de Problemas

| Galhos, Folhas e Frutos | | Tronco | Raízes | |
|-------------------------------------|---|--|--|--------------|
| Consequência 1 | Consequência 2 | Problema Central | Causa 1 | Causa 2 |
| Elevado número de mortes prematuras | Sobrecarga dos sistemas de saúde (alto custo) | Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos > 18 anos no Brasil em 2019 | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) | Sedentarismo |

O momento explicativo deve ser realizado, preferencialmente, de forma participativa com o envolvimento dos diversos atores sociais direta ou indiretamente envolvidos com os problemas priorizados.



Algumas fontes de informação produzidas pelo IBGE:

- Censos Demográficos - decenal;
- Contagens de População;
- Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD);
- Pesquisas Nacionais de Saúde - apresenta dados sobre a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira;
- PeNSE - apresenta informações que permitem conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes.



Os links abaixo podem ser consultados para a pesquisa das informações necessárias a ASIS do Plano Municipal de Saúde:

- [Human Population Through Time](#)
- [IBGE Cidades](#)
- [DATASUS](#)
- [INDICADORES SOCIAIS](#)
- [Biblioteca IBGE:](#)
- [Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10 - Mortalidade - Painéis de Monitoramento - Centrais de Conteúdos - DASNT](#)



Encontram-se disponíveis os livros de ASIS:

- [Asis - Análise de Situação de Saúde](#)
- http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volum_e_2.pdf

Além disso, é possível a realização de cursos no formato EAD, a exemplo daqueles disponibilizados pelo PROEPI: Curso Introdutório ao Tabwin-Tabnet e Excel - Nova Versão; Módulo Básico de Geoprocessamento em Saúde; Epi Info: Módulo I - Aplicações Básicas do Epi Info 7.2. Eles podem ser acessados no link: [Portal ProEpi](#)

2.2. MOMENTO NORMATIVO

José Carlos é um servidor da Secretaria Municipal de Saúde no município de Bento Feliz. Ele ocupa o cargo de Diretor de Atenção à Saúde na SMS e foi um dos nomes indicados para compor a comissão de elaboração do novo Plano Municipal de Saúde 2022-2025, apesar de nunca ter participado desse processo antes.

José Carlos tem sido muito requisitado pelo Secretário de Saúde do município para participar de diversas reuniões, nas quais tem-se discutido o processo de reorganização da Atenção Básica, principalmente, para dar conta dos indicadores de desempenho propostos no novo Modelo de Financiamento da AB, garantindo o recebimento do recurso. Em função disso, José Carlos não conseguiu acompanhar as reuniões anteriores da comissão de elaboração do PMS, onde foi apresentada a análise de situação de saúde do município.

Ao verificar sua caixa de email, José Carlos notou que tinha recebido uma mensagem da comissão, informando que no próximo encontro seria discutido o desenho do novo PMS, com a definição dos objetivos e ações. Considerando que a reorganização da AB era uma prioridade do Secretário de Saúde e que precisava ser contemplado no novo PMS, José Carlos resolveu correr atrás dos integrantes da comissão para entender melhor sobre esse momento e saber o que ele deveria fazer para incluir a pauta da reorganização da AB no novo PMS.

Se você, assim como José Carlos, está um pouco perdido e precisa compreender o que é o momento normativo e como se constrói os objetivos do Plano Municipal de Saúde, sugiro ler com atenção as explicações a seguir.

Entendendo o momento normativo....

O momento normativo corresponde ao “deve ser” do plano (MATUS, 1993), quando a preocupação básica é o que fazer, diante dos problemas priorizados no momento explicativo. Alguns princípios e diretrizes gerais auxiliam nesta definição, mas o mais importante é estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. Quando for possível quantificar tais objetivos então teremos metas (PAIM, 2006).

Os objetivos gerais podem corresponder a certas linhas de ação ou diretrizes e para cada objetivo específico deverão estar explicitadas as ações necessárias ao seu alcance. É fundamental a identificação e a quantificação dos recursos necessários à realização dessas ações, ou seja, uma estimativa de recursos financeiros necessários ao projeto, programa e, em certos casos, plano, tendo em conta os gastos previstos (PAIM, 2006).

O momento normativo é “a instância de desenho do conteúdo propositivo do plano” (MATUS, 1993, p 336). Segundo o autor, neste momento é tomada a decisão e traçadas estratégias de como deve ser a execução do plano. O desenho do plano abrange diferentes níveis, passando do mais geral ao mais específico. Matus aborda que essas diferenciações vêm da necessidade de descentralizar com o intuito de tornar o planejamento “criativo e democrático” ao tempo que são respeitados os critérios de coerência para ser mantida a eficácia da condução.

Acerca desse momento, Matus apresenta uma distinção importante entre programa e plano: o programa é definido como uma oferta de enfrentamento de alguns problemas, que conforme aceitação, transforma-se em um compromisso. Entretanto, a aceitação a esse programa depende do conjunto de atores envolvidos na análise e valoração desses problemas. Ao mesmo tempo, o programa representa um chamamento para ação.

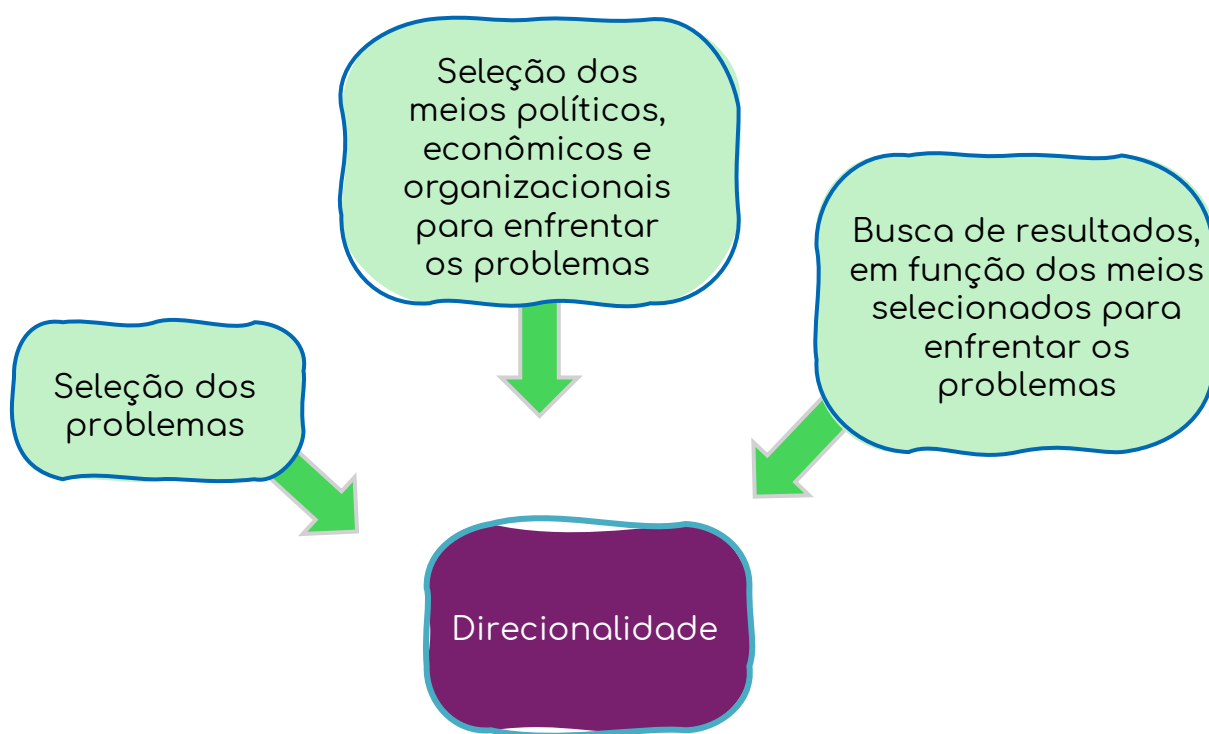
Para ele, o programa de governo se configura como um ponto de partida e no futuro ele deve ser um “cálculo que precede e preside a ação” (MATUS 1993, p 337). A partir desta afirmação é possível entender que o programa “expressa a direcionalidade que um ator quer dar a mudança da situação presente” (MATUS, 1993, p 338). Ou seja, reúne um conjunto de propostas que indicam o rumo almejado na ótica de um ator social em busca de apoio.).

Considerando o objeto deste Manual, que orienta a elaboração de Planos Municipais de Saúde, aprofundaremos as considerações de Matus sobre o desenho do plano. O plano na concepção desse autor “propõe uma direção” (MATUS, 1993, p. 349). A direcionalidade é definida como o “aspecto normativo” e requer precisão e análises de

consistência, coerência e viabilidade. Busca responder aos questionamentos do tipo onde se quer chegar? Quais objetivos e metas pretende-se alcançar? Salienta-se que a análise de viabilidade é desenvolvida no momento estratégico

Nessa perspectiva, o autor esclarece que a expressão normativa da direcionalidade é um meio para a construção do consenso, que contribui para a solução de determinados problemas e alcance dos objetivos. Assim, três variáveis conformam a direcionalidade.

Figura 05: Variáveis que compõem a direcionalidade de um plano.



Fonte: Elaboração própria, a partir de MATUS, 1993, p. 349.

A consistência de um plano permite verificar se o conjunto das ações propostas são necessárias e suficientes para alcançar os objetivos definidos. Já a análise de coerência refere-se à pertinência de cada uma das ações bem como do quão elas são capazes de impactar nos objetivos (MATUS, 1993). Desse modo, considerando o momento explicativo, onde foram identificados, descritos, priorizados e explicados os problemas, para o momento normativo o trabalho a ser realizado implica em formular uma situação-objetivo que se almeja atingir (TEIXEIRA, 2010).

A situação-objetivo deve expressar a situação futura que se quer alcançar, através da modificação da situação atual. Portanto, ela guarda relação com os problemas priorizados e explicados (MATUS, 1993). Uma vez elaborada a situação-objetivo, deve-se definir os objetivos propriamente ditos. Esses objetivos, uma vez alcançados, conduzirão à mudança.

Recomenda-se que os objetivos sejam construídos utilizando elementos da árvore de problemas. Assim, para cada problema central explicado deve ser formulado um objetivo geral, e as causas desses problemas devem ser convertidas em objetivos específicos (BAHIA, 2013), que uma vez atingidos, produzirão as modificações, aproximando-se da situação-objetivo.

Em continuidade, deve-se definir o que Matus chama de operações, ou em termos mais simples, as ações. As ações, na concepção desse autor, expressam o comprometimento em fazer algo que incida sobre as “características de um ou vários problemas” (MATUS, 1993, p. 371), modificando a situação atual. Nesse sentido, a elaboração das ações deve atender-se para alguns elementos importantes:

- é necessário definir claramente o responsável pelo cumprimento da ação;
- os meios necessários para concretização da ação e os recursos envolvidos;
- estabelecer o tempo para sua execução, que no caso do Plano Municipal será de quatro anos, com desdobramento dessas ações a cada ano, na PAS;
- os resultados esperados, que quando quantificados, traduzirão as metas.

Quadro 03: Resumo do desenho do plano

| OBJETIVO GERAL: | | | |
|----------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Objetivo Específico | Metas | Ações | Responsáveis |
| 1. | | | |
| n. | | | |

Para saber mais...

O Ministério da Saúde por meio do Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento utiliza os seguintes termos para compor o Plano Municipal de Saúde:

Figura 06: Definição dos principais componentes do Plano de Saúde de acordo com o Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento.

Diretrizes

Expressam ideais de realização e orientam escolhas prioritárias. Indicam as linhas de ação a serem seguidas

Objetivos

Expressam o que se pretende fazer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Referem-se ao “resultado que se quer alcançar” ao final do período considerado.

Metas

São expressões quantitativas de um objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta.

Indicadores

Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar a avaliação da intervenção.

Brasil, 2009, p.198; Brasil, 2016, p.104

O plano deve suscitar a convocação, o compromisso e ser um guia para a ação prática. Esses aspectos têm a ver com o que o autor denomina direcionalidade, entendido como o “aspecto normativo do plano” e é imprescindível afirmar que a existência de um plano ou programa não torna um governo eficaz, só é possível definir isto através da “capacidade das equipes de direção em fazer e executar uma sequência de planos” (MATUS, 1993, p 342) que necessariamente devem ser apropriados para o momento vivido.

Resumidamente, podemos afirmar que esse momento é a formulação de soluções para o enfrentamento do problema e elaboração de propostas de solução (RIVERA *et al.*, 1992).

Chegou a hora de praticar



1

Atividade: Retome a tabela criada no momento explicativo, que sintetiza a árvore de problemas. Liste em uma planilha de Word ou Excel os problemas e suas causas, utilizando para cada um desses tópicos uma coluna, conforme modelo a seguir:

| Problema Central | Causa 1 | Causa 2 |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Escrever aqui o problema central | Escrever aqui a causa 1 do problema | Escrever aqui a causa 2 do problema |

2

Atividade: Após criar essa planilha, escolha um dos problemas listados e comece a desenvolvê-lo. Formule um objetivo geral e dois objetivos específicos para o problema escolhido.

Lembre-se: o problema central é convertido no objetivo geral e as causas em objetivos específicos.

| Problema Central | Causa 1 | Causa 2 | Objetivo Geral | Objetivos Específicos |
|--|--|----------------|--|--|
| Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil em 2019 | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) | Sedentarismo | Reduzir a prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil | Estimular o consumo de alimentos saudáveis |
| | | | | Implantar a Academia da Saúde |

3

Atividade: Após formulação do objetivo geral e dos objetivos específicos, chegou a hora de definir as ações. Elabore uma ação para cada objetivo específico. Lembre-se que as ações indicam o que será feito e devem ser necessárias e suficientes para alcançar os objetivos específicos.

| Problema Central | Causa 1 | Causa 2 | Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Ações |
|--|--|------------|--|--|--|
| Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil em 2019 | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) | Sedentário | Reduzir a prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil | Estimular o consumo de alimentos saudáveis | Realização de salas de espera discutindo a importância da alimentação saudável |
| | | | | Implantar a Academia da Saúde | Construção das Academias da Saúde e contratação de equipe |

4

Atividade: Após definir as ações, elabore uma meta para cada ação.

| Problema Central | Causa 1 | Causa 2 | Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Ações | Metas |
|--|--|------------|--|--|--|---|
| Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil em 2019 | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) | Sedentário | Reduzir a prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil | Estimular o consumo de alimentos saudáveis | Realização de salas de espera discutindo a importância da alimentação saudável | 100% das equipes de saúde da família realizando sala de espera sobre alimentação saudável |
| | | | | Implantar a Academia da Saúde | Construção das Academias da Saúde e contratação de equipe | 2 Academias da Saúde implantadas |

5

Atividade: Após elaborar as metas, defina quem serão os responsáveis por cada ação e o setor que atua na Secretaria de Saúde. Observe o exemplo abaixo.

| Problema Central | Causa 1 | Causa 2 | Objetivo Geral | Objetivos Específicos | Ações | Metas | Responsáveis |
|--|--|------------|--|--|--|---|--|
| Elevada prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil em 2019 | Alimentação inadequada (baixo consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de alimentos ultraprocessados) | Sedentário | Reduzir a prevalência de hipertensão arterial em adultos no Brasil | Estimular o consumo de alimentos saudáveis | Realização de salas de espera discutindo a importância da alimentação saudável | 100% das equipes de saúde da família realizando sala de espera sobre alimentação saudável | José Carlos/Diretor de Atenção à Saúde |
| | | | | Implantar a Academia da Saúde | Construção das Academias da Saúde e contratação de equipe | 2 Academias da Saúde implantadas | José Carlos/Diretor de Atenção à Saúde |



Como tem sido a sua experiência com o momento normativo? Quem você pode procurar quando tiver dificuldades?

2.3. MOMENTO ESTRATÉGICO

No município Dias Melhores, ocorreu a posse do novo prefeito da cidade com mudança da maior parte dos secretários municipais e demais cargos técnicos. O secretário de saúde, Tércio Batista, ao iniciar a gestão se deparou com inúmeros desafios deixados pela gestão anterior, mas o principal deles foi a falta da Análise de Situação de Saúde e do Plano Municipal de Saúde devido a impasses internos.

A Secretaria Municipal de Saúde continua no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 e até agora está com dificuldades para conduzir os trabalhos devido a falta de informação e de alguns posicionamentos por parte dos servidores. Foi nesse momento que um integrante da Assessoria de Planejamento trouxe a ideia de fazer uma análise do ambiente interno e externo à SMS, mapeando os atores que, de forma geral, se apresentavam como adversários ao projeto e possíveis aliados.

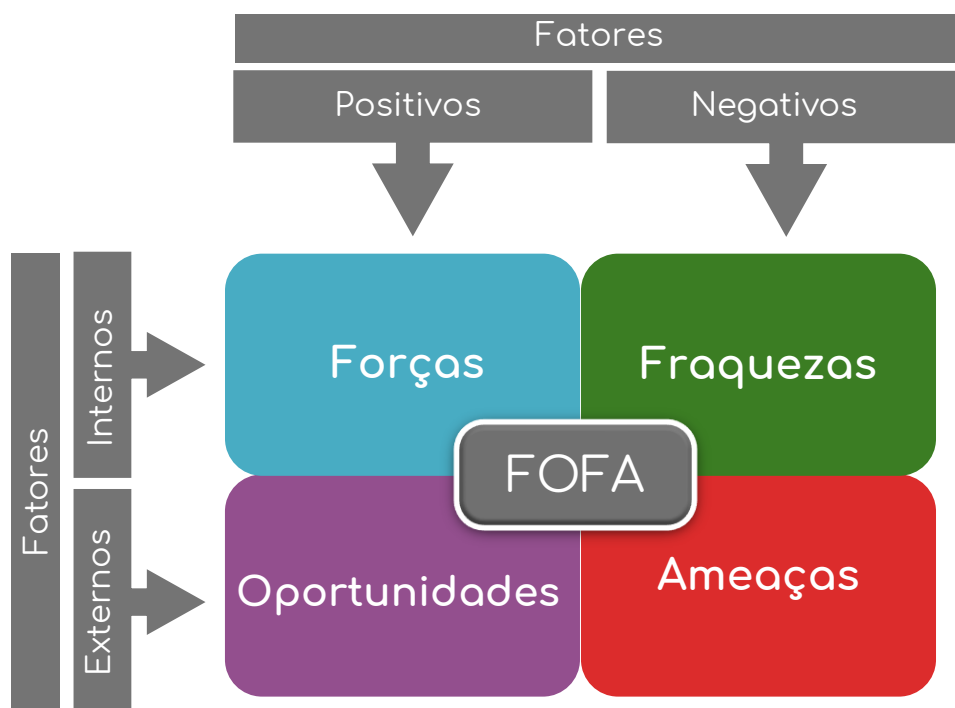
Após este exercício de viabilidade política, foi constituído um grupo de trabalho para a construção do plano, que partindo dos problemas do município, começou a elencar os objetivos e ações. Tércio pensa que parte do que está sendo pensado não é viável e isso trouxe insatisfação para algumas pessoas, está dado o impasse! O que deve ser feito para resolver a situação?

A história do município de Dias Melhores pode se repetir em outros lugares. Na busca do que acreditamos ser o melhor podemos nos deparar com inúmeros conflitos. O momento estratégico se debruça “no cálculo da articulação entre o deve ser e o pode ser” (MATUS, 1993, p. 404), desta forma, o autor nos lembra que não pode acontecer uma passividade entre esses dois fatores pois o “deve ser” precisa ser dominante e persistente.

Portanto, o momento estratégico é onde ocorre a análise de viabilidade do plano. Matus aponta para diferentes tipos de viabilidade (política, econômica, institucional-organizacional e de síntese) além de indicar estratégias para a construção de viabilidade (cooperação com outros atores sociais, cooptação de atores sociais e conflitos com outros atores sociais).

Por meio da viabilidade política é possível examinar quais recursos são escassos, qual o oponente que pode dificultar o desempenho da ação e a existência de incoerência entre a decisão tomada e o que se espera enquanto produto. Um recurso metodológico que pode ser acionado consiste no método SWOT (traduzido no Brasil como FOFA), em que são identificadas as oportunidades, ameaças, fortalezas, fragilidades, e a partir daí, construídos os cursos de ação no tempo e no espaço, e o mapeamento e mobilização das alianças e neutralização dos adversários para a superação dos obstáculos (desenho estratégico).

Figura 07 - Matriz de Análise FOFA



Para saber mais...

A matriz FOFA foi desenvolvida por Roland Christensen e Kenneth Andrews, professores da Harvard Business School, e é uma ferramenta gerencial que possibilita examinar o ambiente interno e externo de uma organização visando encontrar oportunidades de melhoria no seu desempenho. De uso simples, a matriz FOFA pode ser empregada em inúmeras situações. O nome FOFA é uma tradução do inglês SWOT que por sua vez tem origem em quatro palavras:

- Strengths, que significa Forças;
- Weaknesses, que significa Fraquezas;
- Opportunities, que significa Oportunidades;
- Threats, que significa Ameaças

As forças são os pontos positivos da organização, as vantagens que ela tem, que podem ser controladas e não dependem de fatores externos, pontos fracos em relação à concorrência que

podem ser controlados internamente. As fraquezas são os pontos negativos da organização, no entanto, não precisa ser um problema pois as organizações de saúde são hiper complexas. O maior problema está quando a fraqueza não é diagnosticada ou quando é negligenciada na hora do planejamento estratégico.

As oportunidades são as forças externas que podem influenciar positivamente a organização e não podem ser controladas por ela (É o oposto das forças e das fraquezas, pois elas são controladas pela organização). Por fim, entende-se por ameaça às forças externas (a organização não consegue controlar) que influenciam negativamente na organização e reduz seu desempenho.

Dica: Na internet existe uma infinidade de vídeos mostrando como realizar a análise FOFA/SWOT, agora que você já sabe do que se trata pode pesquisar mais a fundo com segurança para saber se a informação é válida ou não.



Para melhor compreensão do momento estratégico, é importante a definição de alguns termos:

Tática: é o uso de recursos escassos na produção de uma mudança situacional imediata.

Estratégia: é o uso de uma mudança situacional imediata visando à situação objetivo do plano.

Plano: é a proposta de ação, procurando tornar o desejo uma realidade viável, utilizando táticas e estratégias.

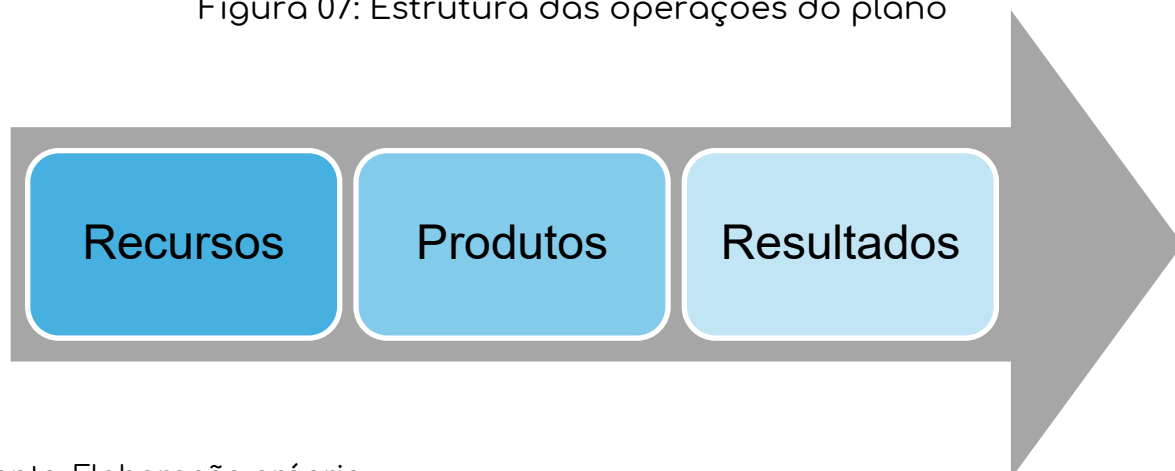
O produto do processo de análise de viabilidade consiste no conjunto dos Módulos Operacionais. O planejamento situacional estabelece como princípio básico a expressão do Plano em operações ou módulos de ação, a fim de garantir a continuidade metodológica entre as linhas gerais e os requisitos práticos para sua implantação (MATUS,1993).

As operações são compromissos para produção de ações, assumidos por um determinado ator, no horizonte de tempo determinado no plano. Se aceitamos que uma operação é um compromisso de realização de uma ou mais ações, então ele deve cumprir alguns requisitos (MATUS, 1993):

- definição do responsável direto por seu cumprimento e os destinatários dos benefícios e sacrifícios;
- precisão dos meios a serem utilizados para os efeitos e resultados previstos;
- previsão da dimensão e alcance dos resultados esperados em relação aos nós críticos dos problemas;
- demonstração da intenção de produzir os resultados enunciados, pois eventos produzidos por acidente, erro ou negligência podem alcançar resultados inesperados (positivos ou negativos)
- aplicação de recursos, seja de poder ou econômico, ou ambos;
- definição do horizonte de tempo de execução e alcance dos resultados.

As operações podem ser entendidas como um conjunto diverso de recursos escassos (poder, conhecimento, capacidades organizacionais, etc) que podem ser combinados e convertidos num produto (fatos políticos, bens e serviços, conhecimentos, organizações, etc) que tem um impacto ou resultado sobre um problema. Desta forma, as operações são estruturadas como uma relação recursos - produtos - resultados.

Figura 07: Estrutura das operações do plano



É importante ressaltar que esta relação em uma operação é situacional e relativa ao espaço de ação correspondente. Por exemplo, no espaço de ação da vigilância em saúde, eu posso combinar os recursos disponíveis (pessoal, equipamentos, insumos) para produzir determinados produtos (campanhas de vacinação, bloqueio vacinal dos casos notificados) para enfrentar um problema ou conjunto de problemas (doenças imunopreveníveis).

Chegou a hora de praticar



- 1** **Atividade:** Assim como no caso do município Dias Melhores, construa sua matriz FOFA identificando as forças e fraquezas de sua Secretaria de Saúde, e as ameaças e oportunidades presentes no ambiente externo.
- 2** **Atividade:** Construa uma matriz (quadro 04) com algumas das ações traçadas no momento normativo, identificando as facilidades e dificuldades que, por conseguinte, subsidiarão a construção das medidas necessárias. Tais medidas se caracterizam como estratégias que devem ser desenvolvidas na direção de potencializar as facilidades e superar as dificuldades.

Quadro 04 - Matriz de análise de viabilidade

| PROBLEMA: | | | | |
|-----------|-------|-------------|--------------|-------------|
| OBJETIVOS | AÇÕES | FACILIDADES | DIFICULDADES | ESTRATÉGIAS |
| | | | | |
| | | | | |

Fique atento: A análise de viabilidade das ações do plano pode ser conduzida a partir das seguintes perguntas (BAHIA, 2013):

- Viabilidade Política: *Existe anuência do gestor na execução da ação? Existe articulação intra e intersetorial para execução da ação? Existe concordância do Conselho Municipal para a execução da ação?*
- Viabilidade Técnico-operacional: *Existe a infraestrutura (recursos materiais, humanos e tecnológicos inclusive tecnologia da informação) para executar a ação? Existe pessoal preparado e motivado para executar a ação?*
- Viabilidade Econômica: *O Secretário de Saúde é o gestor do Fundo Municipal de Saúde? O recurso necessário para a execução da ação está previsto no PPA? O recurso financeiro disponível é suficiente para a execução da ação?*

2.4. MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

A Secretaria Municipal de Saúde de Laodicéia iniciou o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 a partir do mês de março de 2021, sob a condução da Assessoria de Planejamento, Dra. Margarida, que é médica do município e foi convidada pela secretária Maria Aparecida para assumir este cargo devido a sua experiência de trabalho no município.

Por orientação da Dra. Margarida, a secretária publicou uma portaria indicando a comissão responsável pela elaboração do PMS, que contou com a representação de todos os setores da SMS. A comissão tem se reunido a cada quinze dias e definiu o cronograma de trabalho considerando as atividades a serem desenvolvidas: a elaboração do capítulo da ASIS, a definição das diretrizes, objetivos, ações e metas do Plano, e quais os indicadores serão selecionados para o seu monitoramento.

Dra. Margarida, que também trabalha como preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Estadual, solicitou aos residentes Rodrigo e Lilian que fizessem uma avaliação do PMS 2018-2021, e qual não foi sua surpresa quando os resultados mostraram que faltando apenas 1 ano para finalizar a vigência deste Plano, apenas 25% das metas foram alcançadas. E agora, o que fazer? A preocupação de Dra. Margarida é que as pessoas até se envolvem na elaboração do Plano mas acabam “esquecendo” suas proposições e não conseguem colocá-las em prática.

O que eles devem fazer para que esse resultado não se repita com o novo Plano Municipal de Saúde?

Essa história chama atenção para um momento fundamental no processo de planejamento em saúde que é o do *fazer*. Logo, após a formalização e a aprovação do plano tem-se o **momento tático-operacional** quando as suas ações são executadas, sob uma dada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação.

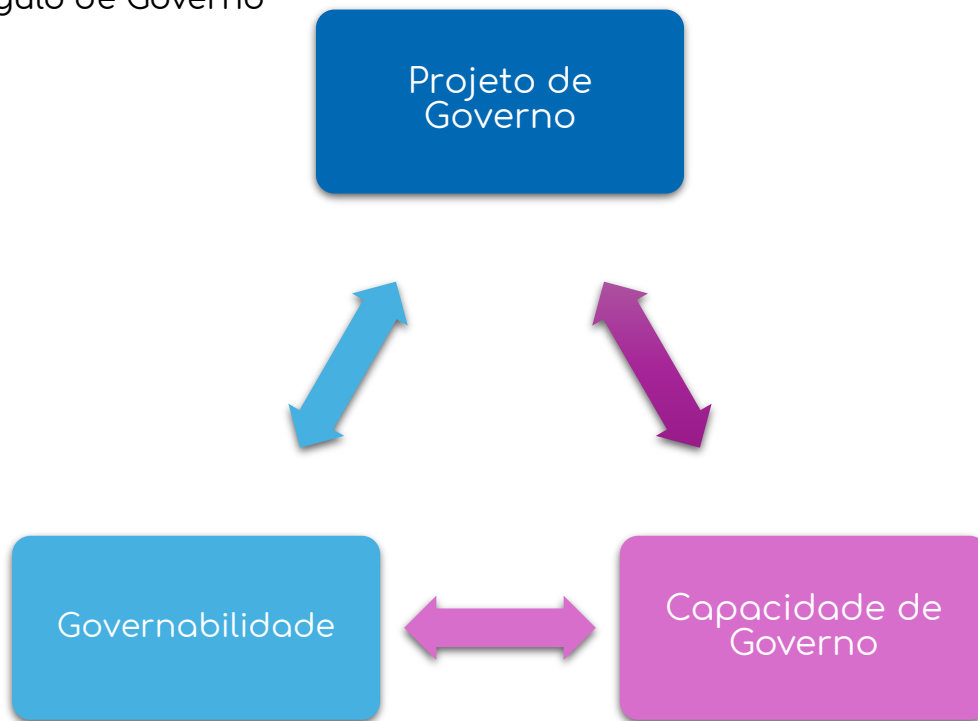
O momento tático-operacional caracteriza-se pelo fazer, quando a ação se realiza em toda a complexidade do real, requerendo ajustes, adaptações, flexibilidade, informações, acompanhamento e avaliação (PAIM, 2006). É a condução da ação no presente. Matus (2007) propõe um sistema de direção estratégica que é, ao mesmo tempo, o planejamento no dia a dia, não sendo possível distinguir entre o planejamento, a direção e a gerência.

Para Matus dirigir ou governar exige articular três variáveis: o projeto de governo, a capacidade de governo e a governabilidade do sistema, sintetizados em um modelo simples denominado Triângulo de Governo.



No terceiro episódio da série #DáPraFazer o André Vechi, vereador de Brusque/SC e administrador público pela UDESC explica de forma descomplicada O Triângulo de Governo de Carlos Matus. Você pode ver [clikando aqui!](#)

Triângulo de Governo



Fonte: MATUS, 2007

O *projeto de governo* refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos. O Plano Municipal de Saúde expressa o projeto de governo no âmbito do Sistema de Saúde Municipal, na medida em que apresenta uma seleção de problemas e um conjunto de operações para enfrentá-los. Como chama atenção Matus (2007), o conteúdo propositivo é produto não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, mas também de sua capacidade de governo.

A governabilidade é uma relação entre as variáveis que o ator controla e não controla no processo de governo, logo expressa o poder de um ator para realizar seu projeto. Para Matus (2007), fazer plano é, inicialmente, criar governabilidade e, por isso, quanto mais adverso o contexto, mais necessário fazer planos, dar direcionalidade ao barco, não "ser escravos das circunstâncias".

A governabilidade manifesta, ainda, a capacidade de resistência que oferece o sistema político-social a um projeto de governo e ao ator desse projeto. A capacidade de governo significa a capacidade de condução ou direção. É a manifestação da capacidade de direção, de gerência, de administração e controle

Para o autor, a capacidade de governo é a variável central, porém a menos valorizada, sendo sinônimo de *perícia* acumulada na pessoa do dirigente (capacidade pessoal de governo), em sua equipe e na própria organização que comanda (capacidade institucional). Mas além da perícia, a capacidade de governo é constituída pelos sistemas de trabalho e pela estrutura do desenho organizativo.

É importante ressaltar que o planejamento é somente uma ferramenta dos sistemas de direção, logo, ainda que haja investimento na formação da equipe e no uso de métodos inovadores de planejamento, ele não será posto em prática se o comando (gestão) não o demandar. Portanto, não se trata de modificar as práticas de planejamento, mas sim as práticas de gestão, ou seja, o sistema de direção.

O sistema de direção estratégica está alicerçado em três sistemas chaves e que conformam o chamado Triângulo de Ferro: a conformação da agenda dos dirigentes, o sistema de petição e prestação de contas por desempenho e o sistema de gerência por operações.

Triângulo de Ferro



A existência operacional de todos os demais sistemas componentes da direção estratégica depende das características deste triângulo, sendo que o vértice ocupado pelo sistema de petição e prestação de contas é o mais importante, na medida em que determina se o sistema organizativo é de baixa ou alta responsabilidade (MATUS, 2007).

O propósito deste sistema é definir e responsabilizar os sujeitos encarregados por um problema ou uma operação, independente de suas posições na organização, pelos seus compromissos declarados ou *formalizados em planos*, a exemplo daqueles sistematizados no Plano de Saúde (CERQUEIRA, 2009).

Esses três componentes guardam relação de coerência entre si (MATUS, 2007). Logo, uma agenda pautada apenas pelas urgências, e nunca pelo conteúdo propositivo do Plano, é perfeitamente compatível com a ausência da avaliação por desempenho, bem como com um sistema de gerência rotineiro, sem criatividade nem esforço para alcançar resultados (CERQUEIRA, 2009). Para o autor, o Triângulo de Ferro cumpre a função de defesa das organizações contra as ameaças à sua “coerência medíocre”. Em outras palavras, para mudar as práticas de gestão, é necessário modificar o seu triângulo de ferro.

Os elementos discutidos até aqui nos ajudam a responder a questão inicial: **Por que os planos nunca saem do papel?** Em parte, porque as práticas de gestão desenvolvidas na própria secretaria de saúde podem dificultar a sua operacionalização. Se as prioridades definidas no plano não ocupam a agenda do dirigente, se as equipes não são cobradas pela sua execução e não existe um sistema de gerência orientado pelas operações, ou seja, pela ação concreta, dificilmente o plano de saúde será executado. Daí a importância do momento tático-operacional, e da ideia de que o plano só se completa na ação.

Outro sistema de direção fundamental é o de Monitoramento e Avaliação do Plano, o qual vai suprir as demandas de informação dos outros sistemas acima e permitir avaliar o desenvolvimento do plano tanto em relação aos seus resultados quanto aos seus processos intermediários (ARTMANN, 1993).

A avaliação é um dos componentes de gestão, e para o gestor é importante compreender se o determinado programa está apresentando resultados esperados, assim como para orientar o aperfeiçoamento de uma intervenção que já está em curso (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). O desafio não é apenas pensar o monitoramento e a avaliação como um processo sistemático, contínuo e oportuno de acompanhamento de dados/informações, mas sim gerar informação dita “estratégica” e com significado para os envolvidos, que por sua vez, está relacionada ao seu valor de uso pelas equipes técnicas e sujeitos decisórios.

Vale ressaltar, que a informação, apoiada nos diversos sistemas de informações disponíveis no SUS, não é importante apenas no momento tático-operacional, mas em todo o processo de planejamento. A partir do momento explicativo, a informação apoia a seleção dos problemas estratégicos; no momento normativo fornece os parâmetros e normas para questões de saúde; e no estratégico informa sobre a viabilidade econômica, organizativa, cognitiva, etc. (ARTMANN,1993)

Em relação à avaliação em saúde, há vários termos correlatos: avaliação somativa, avaliação formativa, pesquisa avaliativa, monitoramento. Todos estes processos conformam um “espectro de avaliação”, onde existem graus variados de objetivação e validação, considerando que este processo pode ser apoiado em menor ou maior grau no senso comum, e na coleta sistemática de dados e informações (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Assim, pode-se dizer que toda avaliação em saúde é:

“Um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014, p.16).

Os indicadores são essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, pois servem para embasar a análise crítica dos resultados obtidos, auxiliar no processo de tomada de decisão, contribuem para a melhoria contínua dos processos organizacionais e análise comparativa do desempenho (BRASIL, 2014).

Eles devem ser capazes de medir ou interpretar o fenômeno que pretendem explicar. Desta forma, algumas características são esperadas de um bom indicador para que ele realize seu propósito, como: Sensibilidade, Especificidade, Relevância, Simplicidade e Custo-efetividade (RIPSA, 2021).

Além dos indicadores, é importante definir, no processo de monitoramento e avaliação, o modo e a periodicidade da coleta, a forma de disponibilização dos dados, os prazos e responsáveis, bem como, os períodos dos ciclos avaliativos que podem coincidir com a elaboração dos relatórios de gestão.

Os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se como insumos privilegiados, e o processo de monitoramento e avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, deve envolver também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas (BRASIL, 2009).

Recomenda-se também que ao final do período de vigência do Plano de Saúde, seja realizada a sua avaliação geral, expressa em documento que retrate os resultados efetivamente alcançados, capaz de subsidiar a elaboração do novo Plano (BRASIL, 2009).

No processo de monitoramento e avaliação é importante a participação dos diversos atores sociais, considerando cada local de inserção e quem está representado, as experiências em situações que precisam de intervenção, e alternativas para superação, utilizando para esta finalidade a mediação e o ato comunicativo no processo de análise.



O seu município monitora e avalia as ações previstas no PMS? Isso ocorre apenas ao final do período de vigência ou acontece periodicamente? Quem participa? O seu município elabora os Relatórios de Gestão?

Chegou a hora de praticar



Com o Plano Municipal de Saúde elaborado, vamos construir um capítulo especial para orientar os atores no processo de Monitoramento e Avaliação?

- 1 Atividade:** Descrever o método que será utilizado para realizar o monitoramento das ações previstas ao longo dos quatro anos. Haverá encontros periódicos com os atores responsáveis e o gestor? Quem são os atores? Quando isso ocorrerá: mensal, bimensal ou semestral?

Dica: Estabeleça o que melhor se encaixa, diante da sua realidade, para que esforços não sejam gastos e o processo se desmobilize ao longo do tempo.

- 2 Atividade:** Definir os indicadores para monitoramento e avaliação das ações previstas no PMS.

Fique atento: Para realizar a eleição dos indicadores deve-se observar algumas características (RIPSA, 2021):

- **Validade:** que é a capacidade de medir o que se pretende, determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado);
- **Confiabilidade:** reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares;
- **Mensurabilidade:** capacidade de ser obtido, de ser medido. Os dados do indicador devem estar disponíveis e ser de fácil acesso;;

- **Relevância:** deve responder aquilo que se quer medir, neste caso, verificar se de todos os indicadores disponíveis, qual o mais relevante para aquela prioridade;
- **Custo-efetividade:** se o indicador possibilita compreender a partir dos resultados o investimento de tempo e recursos.

Dica: É importante que não se estabeleça muitos indicadores para o monitoramento, pois isso dificulta o processo de monitoramento e há desperdício de tempo e energia. A eleição de indicadores de acordo com as características possibilita que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos atores, em especial pelos tomadores de decisão como gerentes, gestores e, também aqueles que atuam no controle social, permitindo assim a mudança de rota, caso necessário.

Sugestão: Faça uma tabela relacionando os objetivos e ações definidas no PMS, escolha alguns indicadores que correspondam aos objetivos e ações, e aplique pontuação aos critérios acima elencados. No primeiro momento, estabeleça 2 a 3 indicadores por objetivos e verifique se respondem ao que foi proposto para o período.

Agora que já sabe como vai ser o monitoramento do PMS e os indicadores que serão utilizados. Vamos definir os parâmetros para o monitoramento das ações.

3 **Atividade:** Definir os parâmetros que serão utilizados para o monitoramento das ações.

- Estabeleça a periodicidade de coleta dos dados; fonte; método de cálculo e responsáveis.
- Estabeleça recortes de classificação quanto ao cumprimento da ação
- **Sugestão:** Para tal, vamos estabelecer os seguintes parâmetros e cores:
- Totalmente cumprida - 100% - **VERDE** Ação que foi totalmente cumprida no período definido;

- Parcialmente cumprida - maior que 0% e menor que 100% - **AMARELO** Ação parcialmente cumprida;
- Não cumprida - 0% - **VERMELHO** Ação não cumprida precisa verificar os fatores impeditivos desse não cumprimento.

Se achar necessário, faça mais recortes de análise para facilitar o monitoramento.

4

Atividade: Depois de validar a metodologia do monitoramento e avaliação do PMS, inclua esse capítulo no documento final.

Dica: Utilize e valorize os Relatórios de Gestão como potencial instrumento de monitoramento e avaliação, que contribui para retroalimentar o que foi planejado e direcionar novas ações e estratégias.

Esperamos que o processo de monitoramento e avaliação torne-se sustentado por práticas estruturadas e possibilite, assim, retroalimentar o planejamento, minimizando as urgências na agenda do gestor, potencializando a capacidade gestora de sua secretaria municipal de saúde.



Para Saber mais...

- ❖ [Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS](https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf) <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf>
- ❖ [RIPSA - Indicadores de Saúde e o RIPSA](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf) <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf>
- ❖ [Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento](#)
- ❖ [2019-2023 Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil](#)
- ❖ [Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - PNIIS](#)
- ❖ [A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 \(ESD28\)](#)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 222 pp.

ARTMANN, E., AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C., 1997. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 13(4):723-740, out-dez, 1997.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde. 2.ed. Revisada e atualizada / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013. 56p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 1)

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 128 p. : il.

CERQUEIRA, S.C.C. O processo de incorporação do Plano Municipal de Saúde como tecnologia de gestão: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: 2009. 202p.

Centro Panamericano de Planificación de la Salud/OPS. Formulación de políticas de salud. Santiago: CPPS, 1975, 77 pp.

MATUS, C. Política, planejamento & governo. 3ª ed. Brasília: IPEA, 1993.

MATUS, C. O Líder sem Estado Maior. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MATUS, C. Teoria do Jogo Social. São Paulo:FUNDAP, 2005.524p.

MATUS, C. Estratégias Políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi. São Paulo: FUNDAP, 2007. 2ª impressão. 294p.

PAIM, J.S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006., 871p.

PINEAULT, R. & C. DAVELUY. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987, 382 pp.

RIPSA, 2021. Capítulo 1. Indicadores de Saúde e a Ripsa. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/aspectos.pdf> Acesso em: 23 de maio de 2021.

RIVERA, F. J. U. (org). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989, 222 pp.

RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico).Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, 213 pp.

RIVERA, F. J. U., 1992. O planejamento situacional: Uma análise reconstrutiva. In: Planejamento Criativo: Novos Desafios em Políticas de Saúde (E. Gallo, F. J. Rivera & M. E. Machado, org.), pp. 41-92, Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará.

ROCHA, A.A.R. de M. O planejamento no cotidiano de uma instituição hipercomplexa: o caso da SES Sergipe. Salvador, 2008. 156 p.Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

TEIXEIRA, C.F. (org). Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências. Salvador. EDUFBA, 2010

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. 110p.



3

Produtos do Planejamento no SUS

O processo de participação social esquentou e o povo chegou junto!
Quando o Plano de Saúde, finalmente, foi levado ao Conselho Municipal de Saúde,
foi uma verdadeira festa!

Queria agradecer a todos
pelo trabalho conjunto.
Foram momentos cruciais
para a saúde do nosso
município, missão cumprida!



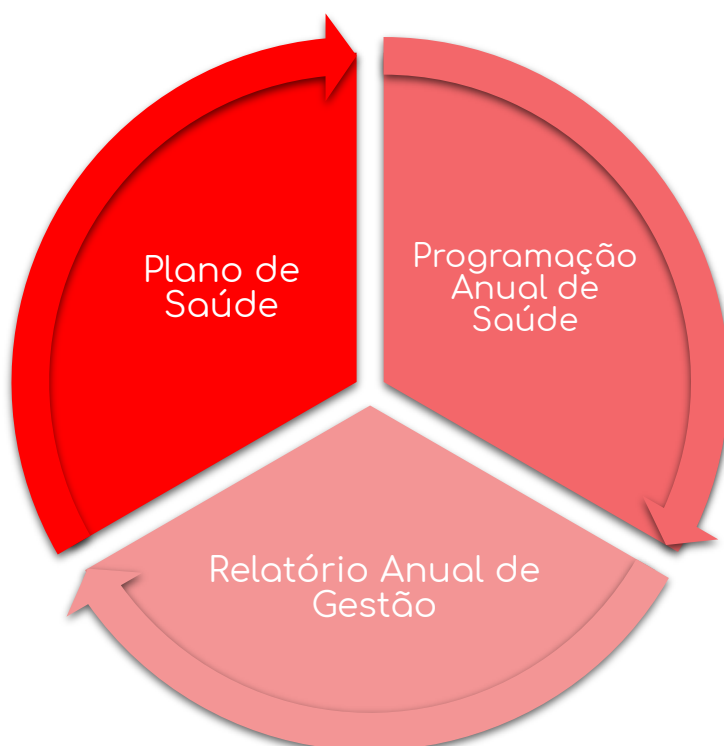
Após alguns meses de trabalho e o envolvimento dos integrantes da comissão do PMS, inclusive com a participação dos representantes dos usuários de saúde, finalmente, o Plano Municipal de Saúde de Caldas de São Joaquim 2022-2025 foi elaborado. A primeira versão do PMS estava agora sendo revisada pela equipe de planejamento da SMS e, logo após, essa versão seria apresentada em reunião do Conselho Municipal de Saúde. Mas além do Plano de Saúde, existem outros instrumentos de planejamento no SUS, e neste capítulo você conhecerá quais são eles, sua finalidade, estrutura e periodicidade.

3.1. INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO NO SUS

Em uma perspectiva prática, o processo de planejamento em saúde tem como produtos os instrumentos básicos que vão orientar a atuação dos gestores no âmbito do SUS, quais sejam: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

Tais instrumentos devem apresentar um aspecto de coerência entre si, de modo a representar um processo cíclico do planejamento (BRASIL, 2013), devendo ser elaborados pelas três esferas de governo (nacional, estadual, municipal) e registrados no Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento.

Figura 08: Instrumentos básicos do planejamento em saúde



O Plano Nacional de Saúde (PNS) explicita as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde e apresenta uma estrutura composta de introdução (estruturação, bases legais e relação com o Plano Plurianual, e os orientadores estratégicos considerados em sua elaboração); a análise situacional de saúde; estabelece os indicadores da política de saúde, que serão atualizados anualmente; apresenta os Objetivos Estratégicos do Plano - em consonância com o PPA -, bem como suas metas e projetos; e discorre sobre os elementos necessários à sua gestão eficaz (BRASIL, 2020).

O Plano Estadual de Saúde (PES) parte da análise da situação de saúde para traçar as diretrizes políticas para o SUS estadual, assumindo compromissos prioritários, iniciativas, ações e metas, indicadores de acompanhamento e avaliação, além das proposições da Conferência Estadual de Saúde e estimativas orçamentárias (BAHIA, 2019).

O Plano Municipal de Saúde, por sua vez, dispõe de uma estrutura básica e algumas variações. Assim, pode-se ter a caracterização do contexto sócio-econômico-demográfico, a análise da situação de saúde - incluindo os problemas do estado da saúde e do sistema municipal (problemas e desafios da gestão em relação à organização da atenção à saúde, modelo de atenção, infraestrutura e financiamento) - , diretrizes prioritárias (promoção da saúde, vigilância e controle de riscos e agravos, atenção integral à saúde, gestão financeira e administrativa, gestão do trabalho e educação na saúde, monitoramento e avaliação em saúde, entre outros), objetivos, ações e metas, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação do plano municipal.

As metas dos planos de saúde são atualizadas, anualmente, por meio da Programação Anual de Saúde (PAS), que é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas naqueles, devendo ser elaborada no ano em curso e executada no ano subsequente, coincidindo, de preferência com o período definido para o exercício orçamentário e a Lei Orçamentária Anual (LOA). (SALVADOR, 2020).

Os instrumentos de avaliação dos planos e das programações são os relatórios de gestão (quadrimestrais e anuais), que apresentam os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores

do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às programações seguintes. (BRASIL, 2006).

3.1.1. PLANO DE SAÚDE

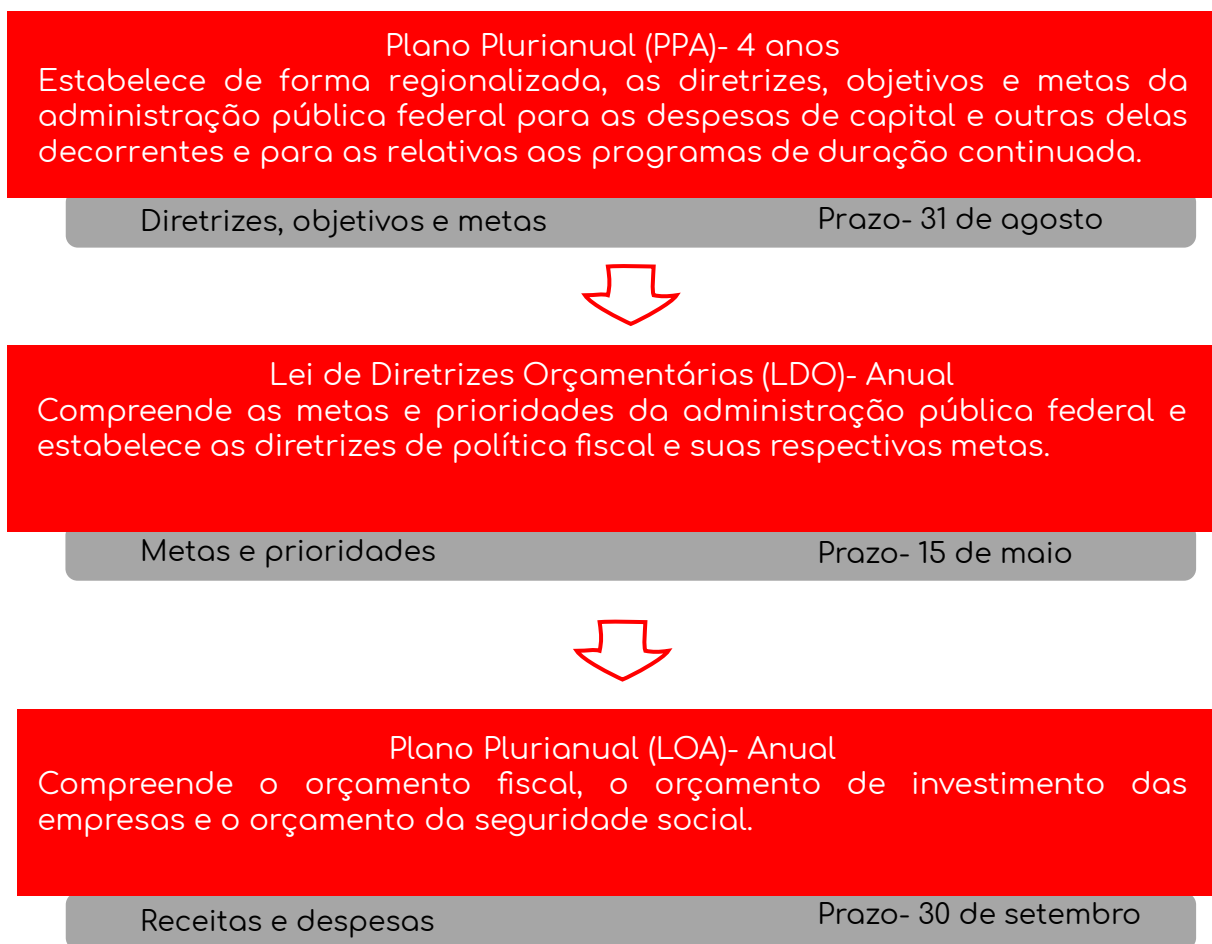
O Plano de Saúde (PS) é o instrumento principal do planejamento orientador na definição e implementação das políticas de saúde, através do qual devem ser explicitadas as intenções do governo em cada esfera de gestão do SUS, com proposições para um período de quatro anos.

Nesse sentido, o PS apresenta um caráter normativo, por se tratar de um requisito legal³ para operacionalização das ações no âmbito do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b), bem como um caráter político, uma vez que expressa os compromissos da gestão (BRASIL, 2013) para com a área de saúde no período em que o documento ainda encontra-se vigente.

É importante destacar que o PS deve ser compatível com os instrumentos de gestão orçamentária como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), atentando-se aos prazos estabelecidos para a elaboração desses documentos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

³De acordo com a Lei nº 8.080/90 a elaboração e atualização periódica do plano de saúde constitui-se em uma atribuição comum que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Além disso, a Lei nº 8.142/90 define a apresentação do PS como um dos requisitos necessários para o repasse de recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Figura 10: Instrumentos de planejamento municipal e prazos para sua elaboração



Fonte: Brasil, 1998

Outro aspecto a ser considerado no PS refere-se ao componente da participação social. Como forma de incorporar as propostas de formulação das políticas de saúde discutidas no âmbito do controle social, orienta-se que as diretrizes e estratégias definidas pelos Conselhos e Conferências, quer nacionais, estaduais ou locais, sejam devidamente agregadas no PS (BRASIL, 2013). O Conselho Municipal de Saúde, da respectiva instância de gestão do SUS, é responsável pela aprovação do PS e emissão de parecer, que deverá ser incluído pela gestão municipal no sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento.

Além disso, é importante realizar uma revisão documental das principais políticas e diretrizes no âmbito nacional, estadual e municipal, compatibilizando os instrumentos de planejamento do

SUS. É importante consultar os documentos internacionais dos quais o país é signatário, a exemplo das metas da Organização Mundial de Saúde (ONU) para o ano de 2030.

Para saber mais...

A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal. O plano apresenta 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) contendo 169 metas ao todo. Com isso pretende-se alcançar a erradicação da pobreza e promover vida digna para todos no planeta.

Embora os 17 Objetivos sejam integrados e indivisíveis, mesclando-se uns aos outros, o terceiro ODS aborda especificamente sobre a saúde. A seguir apresentamos uma tabela com todas as metas deste ODS:

Objetivo 3. Saúde e Bem-Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

3.d reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.

3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento

3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos

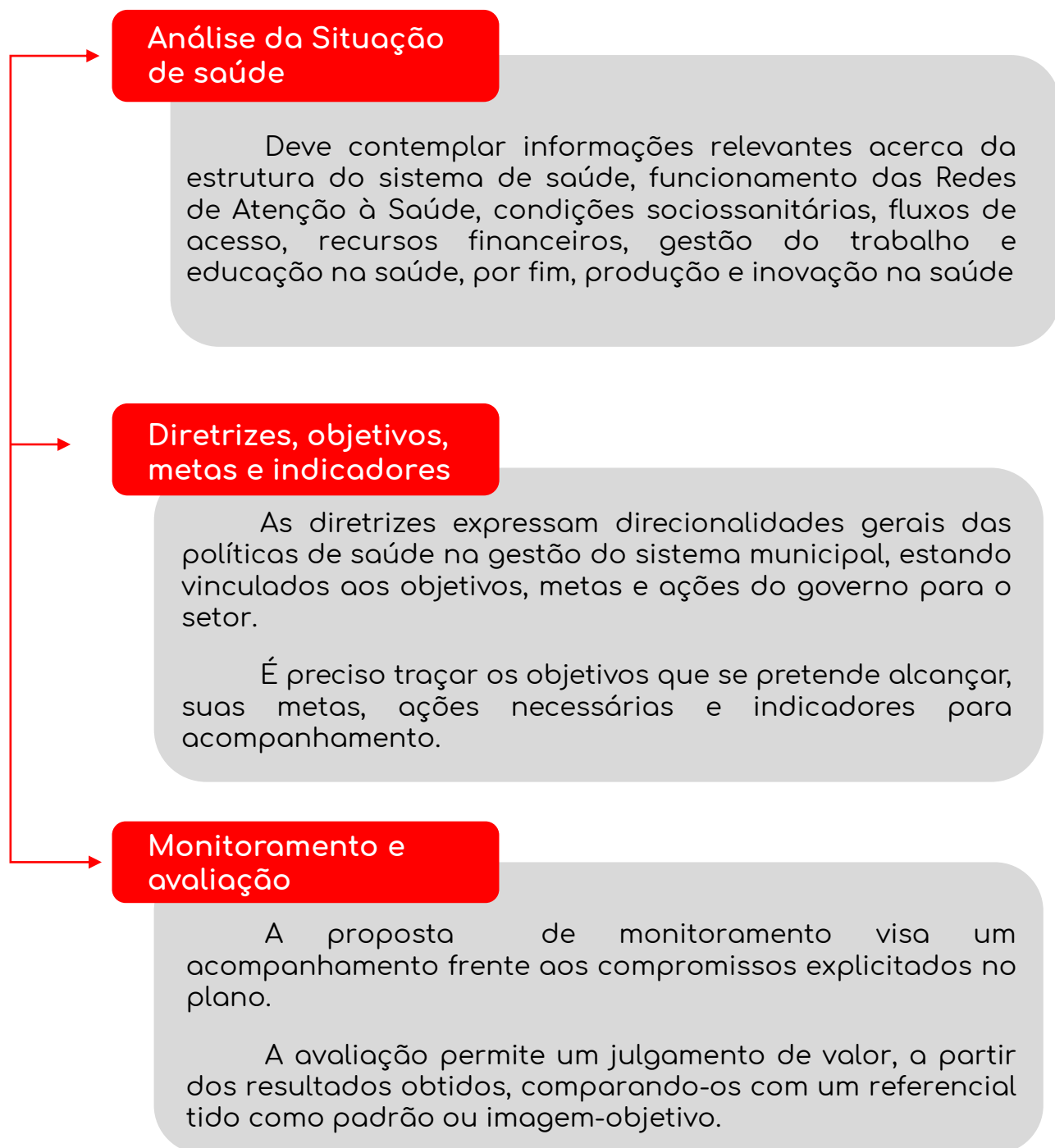
| |
|---|
| 3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial de Saúde em todos os países, conforme apropriado |
| 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos e por contaminação e poluição do ar, da água e do solo |
| 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos |
| 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais |
| 3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas |
| 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool |
| 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar |
| 3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis |
| 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos |
| 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos |

Para maiores informações, acesse a Plataforma [Agenda 2030!](#)

Plano de Saúde: é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores** (BRASIL, 2009, p.05).

Quanto a sua estrutura básica, o PS deve apresentar os elementos destacados na figura abaixo.

Figura 11: Estrutura básica de um Plano de Saúde



No que diz respeito ao Plano Municipal de Saúde, é possível definir um módulo operacional para cada eixo prioritário (problemas e prioridades) explicitando o objetivo geral e o respectivo dirigente institucional responsável pelas operações. Em seguida, utiliza-se uma matriz para cada módulo, contendo as diversas diretrizes com os respectivos objetivos específicos e ações estratégicas, cada qual especificando o órgão responsável pelas mesmas e os demais setores envolvidos. (SALVADOR, 2019)

Para saber mais

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) é uma ferramenta estratégica que promove a melhoria contínua das ações de vigilância em saúde, fortalecendo o SUS e contribuindo para a promoção da saúde e qualidade de vida da população brasileira. A Portaria GM/MS nº 6.878 de 17 de abril de 2025 definiu as metas e os indicadores do PQA-VS para a avaliação do ano de 2025, com manutenção do conjunto de 14 indicadores, e a alteração de dois indicadores-chave em relação ao ciclo anterior, apresentados no quadro abaixo, assim como a forma resumida de cálculo e a meta proposta pelo Ministério da Saúde.

| Indicador | Forma de cálculo | Meta |
|--|--|------|
| 1. Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência | $(\text{Óbitos notificados} \leq 60 \text{ dias após o mês de ocorrência} \div \text{Óbitos estimados}) \times 100$ | 90% |
| 2. Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência | $(\text{Nascidos vivos notificados} \leq 60 \text{ dias após o mês de ocorrência} \div \text{Nascidos vivos estimados}) \times 100$ | 90% |
| 3. Proporção de salas de vacinas ativas cadastradas no CNES (serviço de imunização 174) informando mensalmente dados de vacinação | 1) Para cada mês: $(\text{Salas ativas que enviaram dados} \div \text{Total salas ativas com código 174}) \times 100$; 2) Média dos 12 meses | ≥80% |

| | | |
|---|---|---|
| 4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional com cobertura $\geq 95\%$ em crianças (Pentavalente-3 ^o dose, Pneumocócica-2 ^o dose, Poliomielite-3 ^o dose e Tríplice viral-1 ^o dose) | (Número de vacinas do esquema que atingiram $\geq 95\%$ de cobertura \div 4 vacinas preconizadas) $\times 100$ | 100% |
| 5. Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano | (Amostras analisadas para cloro residual/dióxido de cloro \div Número mínimo previsto) $\times 100$ | 75% |
| 6. Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata Nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação | (Registros de DNCI encerrados ≤ 60 dias \div Total de DNCI notificados no período) $\times 100$ | 80% |
| 7. Proporção de casos sintomáticos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno | (Casos autóctones tratados ≤ 48 h + casos importados tratados ≤ 96 h \div Total casos sintomáticos) $\times 100$ | 70% |
| 8. Proporção de óbitos suspeitos de dengue e chikungunya encerrados em até 60 dias após notificação | (Óbitos suspeitos encerrados ≤ 60 dias \div Total óbitos suspeitos notificados) $\times 100$ | 75% |
| 9. Proporção de contatos de casos novos de hanseníase examinados nos anos das coortes | (Contatos de hanseníase examinados \div Total contatos indicados) $\times 100$ | $\geq 82\%$ |
| 10. Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados | (Contatos de tuberculose examinados \div Total contatos indicados) $\times 100$ | 70% |
| 11. Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de sífilis em gestantes | (Casos de sífilis congênita \div Total casos de sífilis em gestantes) $\times 100$; diferenciação de variação em relação ao ano-base | Reduzir 1 pp do valor do ano-base ou manter em zero |

| | | |
|--|--|---|
| 12. Percentual de casos de AIDS com LT-CD4 < 200 células/mm ³ em relação ao total de casos novos | $(\text{Casos novos com CD4} < 200 \div \text{Total casos novos}) \times 100$; diferença em relação ao ano-base | Reduzir 1 pp do valor do ano-base ou manter em zero |
| 13. Proporção de notificações de acidente de trabalho, com exposição a material biológico e intoxicação com "Ocupação" e "CNAE" preenchidos corretamente | $(\text{Notificações com campos preenchidos segundo CBO/CNAE} \div \text{Total notificações deste tipo}) \times 100$ | ≥ 90% |
| 14. Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo "raça/cor" preenchido com informação válida | $(\text{Notificações de violência com raça/cor válida} \div \text{Total notificações de violência}) \times 100$ | 95% |

Fonte: [GM/MS nº 6.878 de 17 de abril de 2025](#) - Anexo I

3.1.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, anualizando as metas e definindo a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (BRASIL, 2013). Assim, a PAS apresenta de forma detalhada as ações necessárias ao alcance dos objetivos e cumprimento das metas definidas no PS, bem como os indicadores que são usados para o monitoramento e avaliação. Vale ressaltar que para cada ação é possível ter uma ou mais metas anualizadas (BRASIL, 2016).

O horizonte temporal da PAS coincide com o período para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Assim sendo, as bases legais para a sua elaboração são a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. São objetivos da PAS (BRASIL, 2009):

- Integrar o processo geral de planejamento das três esferas de gestão do SUS de forma ascendente, em consonância com os respectivos planos de saúde (nacional, estadual, municipal) para o ano correspondente;
- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- Viabilizar a regulação, o controle e a avaliação do Sistema de saúde;
- Definir a macro alocação dos recursos do SUS para o financiamento do Sistema;
- Promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- Contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Do ponto de vista da estrutura, a PAS deve conter, minimamente, os seguintes elementos:

- a) definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- b) estabelecimento das metas anuais;
- c) definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento das ações programadas.

As ações são as medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. (BRASIL, 2009).



3.1.3. RELATÓRIOS DE GESTÃO

Os Relatórios de Gestão (RG) são produtos resultantes do processo de planejamento no SUS, e por sua vez, devem ser expressos de forma concreta em instrumentos que lhe são próprios, de modo a fomentar o aperfeiçoamento da gestão do SUS permitindo dar direcionalidade às ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2006).

Esses instrumentos objetivam apresentar as ações realizadas, os resultados alcançados durante o período e prestar contas da utilização dos recursos. Os Relatórios de Gestão configuram-se insumos privilegiados, tornando-se expressão do processo de monitoramento e avaliação da gestão ao demonstrar o desempenho da instituição, através dos resultados obtidos em um determinado período, a partir da execução das Programações Anuais de Saúde. Além disso, permitem monitorar as ações estratégicas e avaliar os eventos em busca de soluções para os nós críticos.

Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo de desenvolvimento do Plano, assinalando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou apresentam informações cruciais para a tomada de decisões, a partir da compreensão da situação encontrada, tornando viável fazer o realinhamento de estratégias para alcançar os objetivos desejados.

A estrutura do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) deve estar em consonância com a estrutura do Plano Municipal de Saúde e com a Programação Anual de Saúde, não havendo um modelo único a ser seguido, devendo ser adaptados às realidades da correspondente esfera de gestão, buscando atingir o seu objetivo final. No entanto, recomenda-se que essa estrutura tenha assimetria com o modelo proposto pelo sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (ver parte IV).

O conteúdo dos RAG e RDQA deve ser elaborado a partir das diretrizes, objetivos, ações e metas definidas na Programação Anual de Saúde. É interessante que eles sejam escritos de forma clara e precisa, de forma que permita a compreensão do conteúdo por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, assim como da sociedade, e o do Conselho Municipal de Saúde, representação da participação social para acompanhamento e controle das políticas de saúde.

Os elementos mínimos que devem ser contemplados nos relatórios de Gestão estão descritos na Lei Complementar 141/2012, em seu artigo 36.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. (BRASIL, 2012).

Quanto aos indicadores de saúde da população, consideram-se indicadores de oferta, cobertura, produção de serviços e de saúde, passíveis de apuração quadrimestral, que possibilitem o monitoramento das ações da Programação Anual de Saúde, e os indicadores da Pactuação Interfederativa.

Para organizar o conteúdo a ser apresentado, faça tópicos em uma sequência lógica ou cronológica, depois separe os assuntos que serão alocados em cada um deles e verifique se cada informação está alinhada com o objetivo ou contribui para melhoria da gestão. Por isso, questione se determinado dado, acontecimento, fato ou outro elemento ajudará na tomada de decisão, na definição de prioridades ou no funcionamento da estratégia.

Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas. Os resultados devem ser monitorados e acompanhados a cada quadrimestre no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Não se pode esquecer que esse também é um instrumento de prestação de contas, assim é importante deixar explícitos os motivos que contribuíram para o não cumprimento das metas.



Clicando [aqui](#) você poderá ver um vídeo resumo sobre instrumentos de Gestão aplicados à saúde feito pelo UNA-SUS/UFMA

3.2. ARCABOUÇO JURÍDICO NORMATIVO DO PLANEJAMENTO NO SUS

As tentativas de institucionalização do processo de planejamento no setor saúde, especialmente no âmbito do SUS, partem de um conjunto de atos normativos legais que fundamentam e impulsionam a utilização desse método de trabalho. Ao longo da constituição e organização do SUS, diversas iniciativas foram adotadas nos distintos níveis de gestão do sistema para incorporação do planejamento em saúde.

Nesse sentido, foi realizado um levantamento das principais leis, portarias e resoluções que regulamentam e orientam a execução do planejamento em saúde no SUS, considerando como ponto de partida a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Para fins de organização do material consultado, optou-se por seguir uma ordem cronológica para apresentação dos documentos, sendo destacados apenas os trechos que contêm relação direta ou interface com o processo de planejamento no SUS.

3.2.1. Legislação Federal

Clique no nome em azul pra acessar os Documentos

| Legislação | Disposições sobre o Planejamento no SUS |
|---|--|
| Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 Seção II - Da saúde Art. 196 a 200. | Estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde, o qual deve estar organizado a partir das diretrizes da descentralização com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. O SUS será financiado com recursos provenientes do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. |
| Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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. |
| Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 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. |
| Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991 | Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. |
| Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 | Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. |
| Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 | Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. |

| | |
|---|--|
| <p><u>Decreto nº 1.651,</u> <u>de 28 de</u> <u>setembro de</u> <u>1995</u></p> | <p>Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p> |
| <p><u>Portaria nº</u> <u>2.203,</u> <u>de 05 de</u> <u>novembro de</u> <u>1996</u></p> | <p>Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.</p> |
| <p><u>Emenda</u> <u>Constitucional</u> <u>nº 29,</u> <u>de 13 de</u> <u>setembro de</u> <u>2000</u></p> | <p>Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.</p> |
| <p><u>Portaria nº 95,</u> <u>de 26 de janeiro</u> <u>de 2001</u></p> | <p>Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.</p> |
| <p><u>Portaria nº 393,</u> <u>de 29 de março</u> <u>de 2001</u></p> | <p>Aprova nos termos do Anexo I, a Agenda Nacional de Saúde para o Ano de 2001.</p> |
| <p><u>Portaria nº 373,</u> <u>de 27 de</u> <u>fevereiro de</u> <u>2002</u></p> | <p>Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.</p> |

| | |
|---|--|
| <u>Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005</u> | Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. |
| <u>Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006</u> | Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. |
| <u>Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006</u> | Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. |
| <u>Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007</u> | Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. |
| <u>Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007</u> | Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. |
| <u>Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010</u> | Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| <u>Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011</u> | Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. |
| <u>Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011</u> | Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dá outras providências. |

| | |
|---|---|
| <p><u>Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012</u></p> | <p>Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.</p> |
| <p><u>Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012</u></p> | <p>Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde</p> |
| <p><u>Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012</u></p> | <p>Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução.</p> |
| <p><u>Decreto nº 7827/2012, de 16 de outubro de 2012</u></p> | <p>Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas que trata o inciso II, do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e II do caput do art. 159 da Constituição Federal, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais e legais e voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação em ASPS conforme LC 141/2012.</p> |
| <p><u>Portaria GM nº 53/2013, de 16 de janeiro de 2013</u></p> | <p>Estabelece diretrizes para o funcionamento do Siops e fixa prazos para registro e homologação de informações em observância ao artigo 39 da LC 141/2012 e capítulo I do Decreto 7.827/2012</p> |
| <p><u>Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013</u></p> | <p>Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> |

| | |
|---|---|
| <u>Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015.</u> | Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. |
| <u>Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016</u> | Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. |
| <u>Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017</u> | Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. |
| <u>Resolução nº 554, de 15 de setembro de 2017</u> | Aprova as seguintes diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012 |
| <u>Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017</u> | Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. |
| <u>Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017</u> | Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. |
| <u>Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2018</u> | Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. |
| <u>Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017</u> | Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. |

| | |
|---|--|
| Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 | Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde |
|---|--|

3.2.2. Legislação Estadual

Clique no nome em azul pra acessar os Documentos

| Legislação | Disposições sobre o Planejamento no SUS |
|--|---|
| Resolução CIB nº 132/2007 | Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. |
| Resolução CIB nº 275/2012 | Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais |
| Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014 | Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual e dá outras providências. |
| Resolução CIB nº 011/2015 | Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. |
| Decreto 16.075, de 14 de maio de 2015 | Define o âmbito de atuação territorial dos Núcleos Regionais de Saúde, instituídos pela Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, e dá outras providências. |

| | |
|---|---|
| Lei nº 14.172 , de 06 de novembro de 2019 | Institui o Plano Plurianual Participativo - PPA do Estado da Bahia para o quadriênio 2020-2023. |
| Lei nº 14.291 , de 18 de janeiro de 2021 | Estima a Receita e fixa a Despesa do Estado para o exercício financeiro de 2021. |

Você já ouviu falar da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil?

Saúde Digital abarca todas as abordagens de aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) em Saúde, onde incluem-se e-Saúde, Telemedicina, Telessaúde, Saúde Móvel, dentre outras. Essa nova dimensão conceitual busca conectar teorias e práticas, de maneira a absorver as diversas possibilidades de utilização das TICs, desde o uso de dispositivos pessoais até tecnologias complexas e emergentes, reduzindo assim a fragmentação das informações processadas no âmbito da saúde.

A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28) foi implementada com vistas a orientar e integrar ações de saúde digital no país durante esse período. Trata-se de uma iniciativa fundamental, implementada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aprimorar a qualidade e ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio da qualificação das equipes, otimização dos processos assistenciais e melhor gerenciamento da informação. Assim, tal estratégia surge para estabelecer uma plataforma moderna, padronizada e interoperável de gestão da informação, facilitando o atendimento e beneficiando diretamente o usuário final dos serviços de saúde.



Como desdobramento da ESD28, foi criada a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), componente essencial do Programa Conecte SUS, com o propósito de solucionar a fragmentação dos sistemas de informação existentes no Brasil. A RNDS atua como uma plataforma informacional padronizada que promove a interoperabilidade e a integração dos sistemas estaduais, municipais e federais, proporcionando um acesso mais ágil e confiável aos dados coletados, contribuindo decisivamente para aprimorar o suporte às decisões clínicas e à vigilância em saúde.

Atenta a esse crescente movimento global de transformação e modernização digital no setor saúde, e entendendo a relevância do tema para o fortalecimento do SUS, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da Coordenação de Gestão de Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde (CGTICS), vem dedicando-se intensivamente para a expansão dos processos de gestão tecnológica nas suas unidades de saúde. Este percurso de qualificação foi impulsionado pela pandemia de Covid-19, que expôs a urgência do acesso a informações precisas e oportunas que permitissem gestores e profissionais de saúde proverem respostas assertivas, além de publicizar o cenário epidemiológico à sociedade em geral.

A SESAB vem investindo desde 2018 na implementação da Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS Bahia), que se propõe a consolidar e integrar os dados provenientes das diversas áreas da saúde, tais como Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Regulação, além de sistemas assistenciais e administrativos. A REDS proporciona um ambiente unificado e altamente interoperável, baseado no padrão internacional HL7 FHIR, possibilitando um registro único e integral do histórico dos pacientes, incluindo consultas, resultados de exames, procedimentos realizados, regulação e dispensação de medicamentos.

A implantação da REDS é estruturada em etapas. A primeira etapa foi iniciada em 2018, com o objetivo de integrar sistemas assistenciais e administrativos, seguida por etapas subsequentes que avançam continuamente para ampliar essa integração, abrangendo diferentes níveis da assistência à saúde. As etapas 3 e 4, previstas para serem implementadas até 2026, trarão inovações importantes, como o uso avançado de Inteligência Artificial e análises preditivas, promovendo maior eficiência no monitoramento e gestão da saúde pública estadual. Atualmente a REDS possui 252.186.327 de dados unificados, oriundos dos diversos sistemas de informação da saúde.

Outro projeto estratégico desenvolvido pela SESAB é o AGHUse, sistema de gestão em saúde que atua na digitalização e otimização dos processos assistenciais e administrativos na rede estadual de saúde. O AGHUse oferece um prontuário eletrônico integrado que facilita o acesso seguro e eficiente às informações clínicas,

promovendo uma assistência integrada e qualificada aos usuários do SUS. As instituições interessadas em aderir ao AGHUse devem integrar-se à "Comunidade AGHUse", que promove a capacitação técnica e compartilhamento de conhecimento, garantindo a manutenção de padrões elevados e práticas uniformes em toda a rede.

Por se tratar de uma rede colaborativa, ao entrar na Comunidade, a instituição passa a ter o compromisso de contribuir regularmente no desenvolvimento de melhorias no sistema e, como tal, receberá todas as versões atualizadas do sistema. Atualmente fazem parte da Comunidade AGHUse: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Exército Brasileiro, Força Aérea Brasileira, Marinha do Brasil, Universidade de Campinas (Unicamp), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERF), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), SESAB, Secretarias Estaduais de Saúde do Ceará, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Rondônia e São Paulo. Até 2026, o AGHUse deverá estar implantado em 98 estabelecimentos de saúde do estado, incluindo hospitais, maternidades, policlínicas, centros de referência, UPAs, unidades de emergência, dentre outros.

Essas iniciativas de integração tecnológica realizadas pela SESAB visam alinhar-se à estratégia nacional de federalização da RNDS, permitindo que as informações coletadas pelos sistemas estaduais sejam rapidamente integradas à plataforma nacional. Com isso, promove-se uma gestão da saúde mais eficiente, baseada em dados precisos e atualizados, permitindo o uso escalável das informações em saúde em todo o território nacional.

A federalização da RNDS representa um avanço significativo rumo a uma gestão integrada e eficiente da saúde pública, criando condições favoráveis para o desenvolvimento de soluções tecnológicas e análises avançadas que poderão transformar positivamente a qualidade do atendimento prestado à população brasileira, com destaque especial ao avanço obtido no estado da Bahia.

Neste contexto, o Programa SUS Digital surge para propiciar uma abordagem multidisciplinar, com escopo na intersecção entre tecnologia, informação e saúde, incorporando software, hardware e serviços, como parte do processo de transformação digital. O Programa é composto por 3 (três) eixos que deverão ser utilizados para a organização e estrutura das ações e estratégias propostas nos planos de ação de transformação digital. Assim, cada atividade proposta deverá se referir a um destes eixos:

- Eixo 1: cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde;

- Eixo 2: soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS;
- Eixo 3: interoperabilidade, análise e disseminação de dados e informações de saúde.

O Programa SUS Digital estabelece diretrizes claras para a implementação de ações estratégicas que viabilizem a interoperabilidade entre sistemas, o fortalecimento da infraestrutura tecnológica e a capacitação dos profissionais de saúde para o uso de ferramentas digitais, a elaboração de planos de ação específicos representa uma etapa decisiva no processo, pois alinha objetivos, metas e diretrizes previamente discutidos. Além disso, reforça o compromisso com a transformação digital da saúde pública brasileira e com a construção de um SUS mais eficiente, integrado e acessível para todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Resolução CIB nº 132/2007. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Salvador, BA, 20 set. 2007. Disponível em:

http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2007/RES_CIB_132_2007.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde. 2.ed. Revisada e atualizada / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013. 56p. : il.

BAHIA. Secretaria do Planejamento do Estado. Plano de Desenvolvimento Integrado Bahia 2035. Disponível em: https://seplan.ba.gov.br/arquivos/File/apresentacoes/Apresentacao_PDI.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

_____. Resolução CIB nº 011/2015. Aprova Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador, BA, 11 fev. 2015. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2015/RES_CIB_011.2015.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

_____. Decreto nº 16.075, de 14 de maio de 2015. Define o âmbito de atuação territorial dos Núcleos Regionais de Saúde, instituídos pela Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, e dá outras providências. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/NRS%20Decreto%20n%C2%BA%2016.075%20DE%2014.05.2015.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2021.

_____. Lei nº 14.172, de 06 de novembro de 2019. Institui o Plano Plurianual Participativo - PPA do Estado da Bahia para o quadriênio 2020-2023. Disponível em: http://www.seplan.ba.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Lei_PPA_14172_2019.pdf. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro 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, 19 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 fev. 2021.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 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, 28 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 23 fev. 2021.

_____. 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 de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Práticas para a implantação de um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco. Rio de Janeiro:Inca, 1998, 112 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização /** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2020-2023. Brasília - DF: fevereiro de 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 26 Mar. 2021.

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

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021. Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 21.11.2018. Salvador, 2019. 244p.

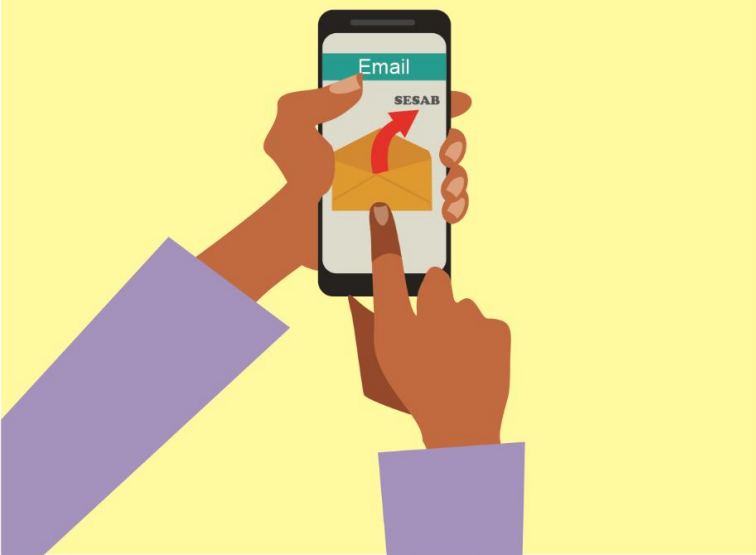
SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão. Guia de Planejamento em Saúde da SMS Salvador. Salvador, 2020. 84p.



4

**SISTEMA DIGISUS GESTOR
MÓDULO PLANEJAMENTO**

Após a aprovação do Plano de Saúde no CMS, Maria de Lourdes enviou mensagem para a SESAB solicitando novas informações sobre os próximos passos.



Ela foi orientada por uma técnica da SESAB a realizar o cadastro no SPCA para começar a acessar o sistema DigiSUS.

Logo, ela acionou as meninas da tecnologia que sempre ajudavam com questões de informática na secretaria municipal de saúde.

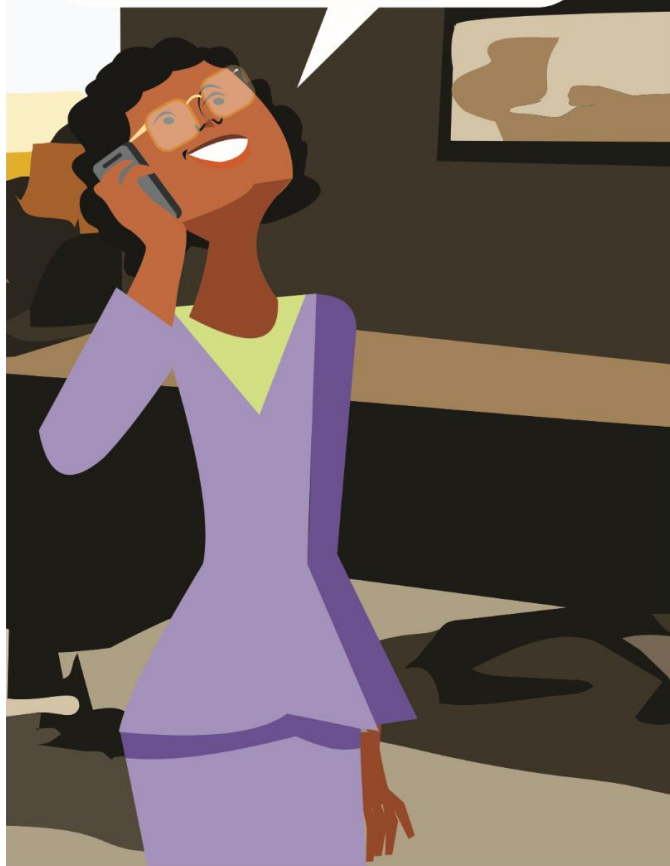
Meninas, conto com vocês para acessar o DigiSUS Gestor

Precisamos criar sua senha e a da equipe de planejamento. E o conselho?



Imediatamente, ela acionou o presidente do CMS.

Bom dia, presidente! O CMS vai precisar cadastrar uma senha para acessar o sistema DigiSUS...



O município de Caldas de São Joaquim conseguiu concluir o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, que foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde por unanimidade. Para o uso do DigiSUS, Maria de Lourdes procurou a SESAB e agendou uma capacitação para os técnicos da secretaria e os conselheiros de saúde. E no seu município, você sabe como trabalhar com o sistema DigiSUS?

Raio de Esperança é um município com uma população de aproximadamente 600.000 mil habitantes. O Sr. Francisco, atual Secretário de Saúde do município, ao assumir o cargo, foi recebido pela equipe de planejamento que compõe a Diretoria de Planejamento e Gestão desta secretaria. Essa Diretoria é responsável pela condução do processo de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde e elaboração dos respectivos instrumentos considerando a realidade local.

Pedro é um dos técnicos que atua nessa diretoria há alguns anos, inclusive participou da comissão que elaborou o novo Plano Municipal de Saúde para o período 2022-2025. Ele é servidor de carreira e participa de vários espaços colegiados de gestão, como reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, Comissão Intergestores Regional e o Grupo Técnico de Planejamento da SMS. Apolônio acompanhou a implantação do PlanejaSUS em Raio de Esperança e era responsável pela alimentação do Sistema SargSUS.

No ano passado, a equipe da SESAB promoveu uma capacitação com as referências técnicas de planejamento envolvendo os municípios da sua região para apresentar o Sistema DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento. Pedro foi representando o seu município, mas toda hora recebia uma mensagem no Whatsapp com demandas para responder, e assim não conseguiu ficar até o fim.

Sr. Francisco recebeu um ofício da SESAB informando que até o momento o município Raio de Esperança ainda não tinha lançado as informações dos instrumentos de planejamento no Sistema DigiSUS e foi esclarecer isso com Pedro. Este explicou que o PMS 2022-2025 já estava pronto, e que realmente tinha participado da capacitação no ano passado sobre esse sistema, mas ainda não tinha conseguido acessá-lo pois não possuía a senha de acesso. Pedro contactou um colega da SESAB para orientá-lo em relação ao acesso e uso do DigiSUS.

Pedro tem uma dúvida que pode ser não só a dele, como também a de muitos colegas que atuam no planejamento nas Secretarias de Saúde nos municípios do nosso estado. Nesse intuito, este capítulo tem como objetivo apresentar o Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP) e mostrar de que forma a equipe gestora municipal deve utilizá-lo, considerando o processo de planejamento e seus produtos orientadores da política de saúde no SUS.

O sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) apresenta-se como uma ferramenta de apoio à tomada de decisão dos gestores do SUS, por meio da disponibilização de informações acessíveis, qualificadas e georreferenciadas, além dos microdados da sua área geográfica, permitindo assim maior autonomia na análise e na avaliação situacional de saúde. A partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passou a ser feito no DGMP.

O DGMP é uma estratégia que, dentre outros objetivos, busca o aperfeiçoamento da gestão através do estímulo à incorporação do ciclo do planejamento e suas ferramentas, servindo como apoio aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento, visto que sua organização permite a correspondência com tal processo.

Além disso, o DGMP possibilita maior transparência no processo de execução das políticas de saúde, uma vez que as informações inseridas se tornam disponíveis para acesso ao público em geral. Um outro aspecto importante do DGMP refere-se à indução da lógica de compatibilização entre as propostas de intervenção na saúde com a disponibilidade de recursos orçamentários necessários à sua execução, possibilitando assim uma melhor utilização dos recursos públicos (BRASIL, 2019).

Desse modo, a sequência das informações referentes aos instrumentos de planejamento que são disponibilizados no DGMP levam em consideração a coerência do processo de planejamento no SUS. Salienta-se que o DGMP incorpora as funcionalidades do SARGSUS e do Sistema de Pactuação de Indicadores do Pacto pela Saúde (SISPACTO), o que significa dizer que as informações antes fornecidas a esses sistemas passam a ser registradas no DGMP (BRASIL, 2021a).

No intuito de orientar os gestores e profissionais envolvidos com o planejamento no manuseio do DGMP, o Ministério da Saúde disponibiliza o Manual do Usuário DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento, o qual apresenta detalhadamente todo o passo a passo para inserção das informações nesse sistema.



Assim, é recomendada uma leitura desse arquivo, que está disponível para download [clikando aqui!](#)

O Manual do Usuário DigiSUS apresenta diferentes status relacionados às situações dos instrumentos de planejamento quanto à sua elaboração, encaminhamento e apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde (CS), conforme apresentado no quadro 05.

Quadro 05: Status e respectivos significados no Sistema DigiSUS Módulo Planejamento

| STATUS | PS | PAS | RAG | RDQA |
|--------------|--|-----|-----|--|
| Aprovado (a) | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CMS, que se manifestou favorável pela aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP. | | | Não se aplica |
| Avaliado (a) | Não se aplica | | | Encaminhado pela gestão ao CMS, que se manifestou favorável. Para esse instrumento, não cabe aprovação ou não aprovação. O CS avalia e faz recomendações, caso julgue necessário. As informações devem estar registradas pela gestão no DGMP. |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| Aprovado com ressalvas | O CMS aprovou o respectivo instrumento, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determina a devolução ao gestor para ajustes. | | | Não se aplica |
| Não aprovado (a) | A gestão encaminhou o respectivo instrumento ao CMS, que se manifestou desfavorável à aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | | | Não se aplica |
| Em análise no Conselho Municipal de Saúde | A gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CMS, que, por sua vez, ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP | | | |
| Em elaboração | A gestão acessou o campo do respectivo instrument o no DGMP e registrou pelo menos uma diretriz | A gestão acessou o campo do respectivo instrument o no DGMP e anualizou pelo menos uma meta ou registrou algum valor na parte orçamentária | A gestão finalizou a PAS relativa ao RAG | A gestão finalizou a PAS relativa ao RDQA |
| Retorno para ajustes | A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CMS, que julgou necessário solicitar mais informações ao gestor. | | | |

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| Não iniciado (a) | A gestão não registrou pelo menos uma diretriz no respectivo campo do instrumento no DGMP | A gestão não anualizou pelo menos uma meta ou não registrou algum valor na parte orçamentária no respectivo campo do instrumento no DGMP A gestão não finalizou a PAS relativa ao RAG | A gestão não finalizou a PAS relativa ao RAG |
|------------------|---|--|--|

Fonte: Brasil, 2021b

Cabe ressaltar que o PMS e a PAS não são elaborados e encaminhados para apreciação no Conselho Municipal de Saúde (CMS) pelo DGMP, mas sim os gestores registram no sistema dados relativos a estes instrumentos, pressupondo-se que já foram elaborados e encaminhados ao CMS anteriormente. Diferentemente, os relatórios (RDQA e RAG) são elaborados e encaminhados ao CMS pelo DGMP, e a resolução com o resultado da apreciação é inserida no sistema pelo CMS. A Pactuação Interfederativa também é registrada no DGMP e encaminhada, através deste sistema, para apreciação pelo CMS (BRASIL, 2021b).

Para saber mais...

O acesso ao DGMP para registro das informações é restrito aos gestores e técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde. Assim, se você é gestor ou técnico da Secretaria Municipal de Saúde e ainda não possui cadastro para acessar o DGMP, você deve baixar o Manual do DigiSUS e lá encontrará todas as orientações de como proceder para realizar o cadastro e criar seu perfil para assim ter acesso ao sistema.

[Para mais esclarecimentos: Ver capítulo 4 "Sobre as Formas e os Perfis de Acesso" e 5 "Como Fazer o Cadastro e Quem Autoriza" do Manual do Usuário do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento](#)

4.1. ACESSO AO DIGISUS GESTOR - MÓDULO PLANEJAMENTO

Se você, assim como o nosso colega Apolônio, trabalha em uma Secretaria Municipal de Saúde e já fez seu cadastro no Sistema de Cadastro e Permissões de Acesso do Ministério da Saúde (SCPA) e criou um perfil, você já pode acessar o DGMP. Caso você ainda não tenha o cadastro, o primeiro passo é acessar a [página do SCPA](#) e clicar em "Novo por aqui"

SCPA **SUS**

Digite os seus dados para acessar o SCPA

CPF ou E-mail

Senha

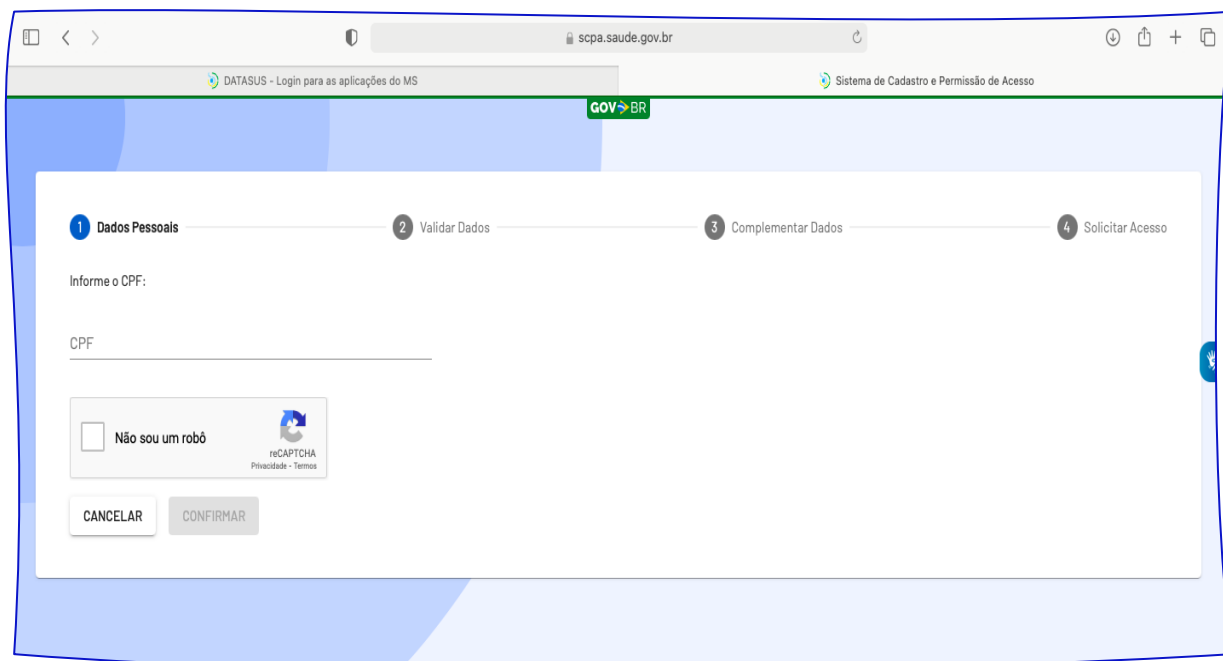
[Esqueceu a senha?](#) [Novo por aqui?](#)

Entrar

Caso tenha dúvida, acesse o [manual de operações](#)

Saiba mais sobre o [MFA - Autenticação 2 Fatores](#)

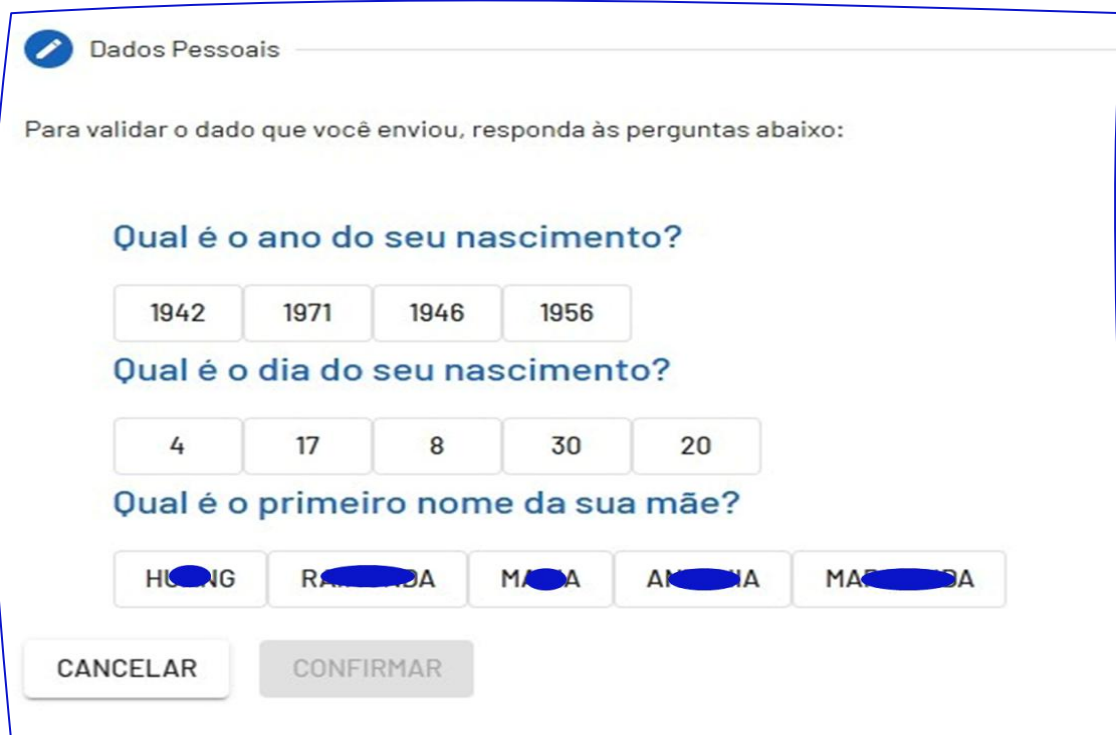
Após digitar o número do CPF, marcar a opção “Não sou um robô” e confirmar a ação.



The screenshot shows a web browser window with the URL `scpa.saude.gov.br`. The page title is "Sistema de Cadastro e Permissão de Acesso". A progress bar at the top indicates four steps: 1. Dados Pessoais (active), 2. Validar Dados, 3. Complementar Dados, and 4. Solicitar Acesso. Below the progress bar, there is a form with the following elements:

- Label: "Informe o CPF:"
- Input field: "CPF" (empty)
- Checkbox: "Não sou um robô" (unchecked)
- reCAPTCHA logo and text: "reCAPTCHA Privacidade - Termos"
- Buttons: "CANCELAR" and "CONFIRMAR" (disabled)

O usuário deve validar os dados inseridos respondendo corretamente as três perguntas demonstradas na tela, e depois clicar em “Confirmar”.



The screenshot shows the "Dados Pessoais" validation step. The heading is "Dados Pessoais" with a pencil icon. The instruction reads: "Para validar o dado que você enviou, responda às perguntas abaixo:". There are three questions with multiple-choice options:

- Question: "Qual é o ano do seu nascimento?"
Options: 1942, 1971, 1946, 1956
- Question: "Qual é o dia do seu nascimento?"
Options: 4, 17, 8, 30, 20
- Question: "Qual é o primeiro nome da sua mãe?"
Options: HUNG, RAIZA, MARIA, ANTONIA, MARCELA

At the bottom, there are two buttons: "CANCELAR" and "CONFIRMAR" (disabled).

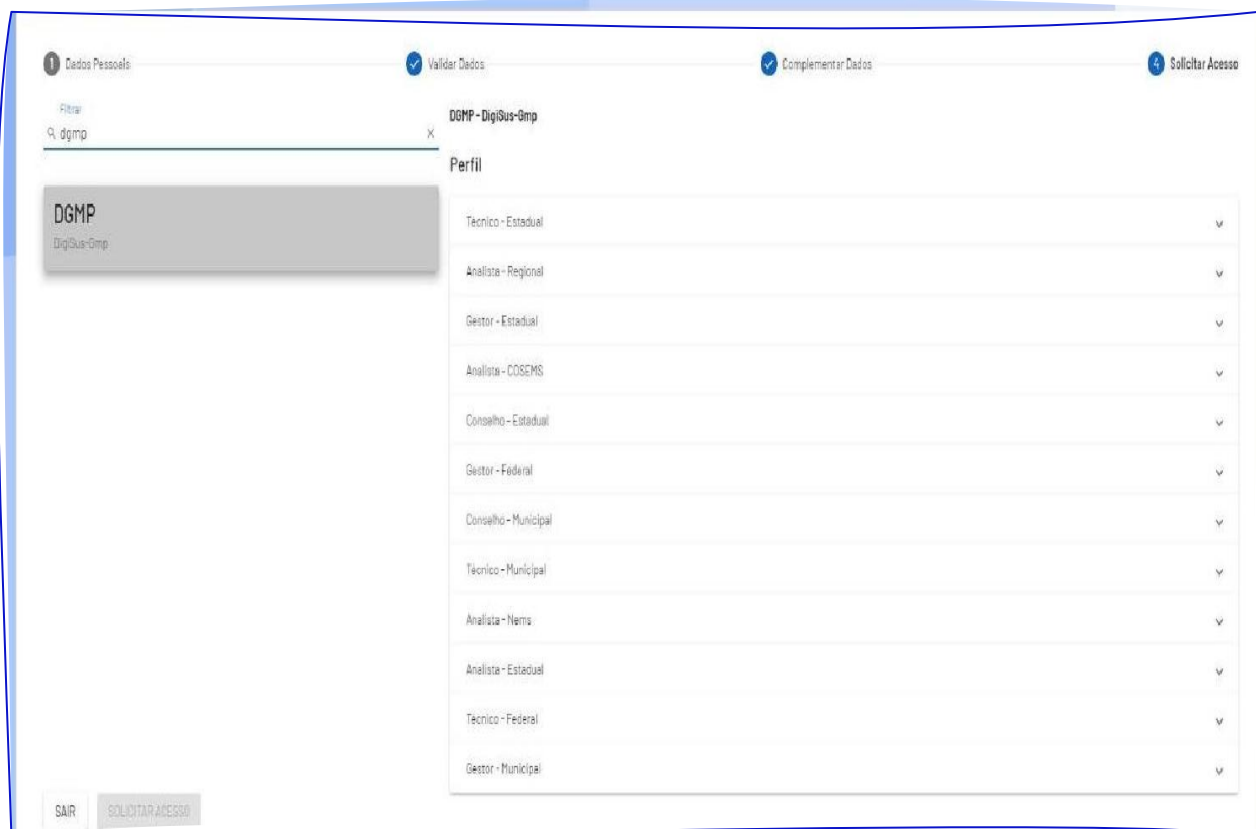
Em seguida, você deve preencher os dados obrigatórios (identificados pelo símbolo do asterisco) e definir uma senha para acesso ao sistema. Não é necessário preencher o número do Cartão Nacional de Saúde.

The screenshot shows a registration form with four steps: 1. Dados Pessoais, 2. Validar Dados, 3. Complementar Dados (active), and 4. Solicitar Acesso. The form is divided into sections: **Identificação** (with fields for CNES, E-mail, E-mail secundário, Nome, CPF, Sexo, Raça/Cor, País, and Passaporte), **Endereço** (with fields for UF, Endereço/Logradouro, Município, Complemento, and Bairro), and **Telefones** (with fields for DDI, Telefone, Ramal, and Celular).

A tela vai relacionar um conjunto de sistemas para você solicitar o acesso.

The screenshot shows a list of systems available for access. At the top, there is a search bar labeled 'Filtrar' and a list of systems: **PORTALFNS** (PORTALFNS), **SISPRENATAL** (Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança), **APURASUS** (SISTEMA DE GESTÃO E APURAÇÃO DE CUSTOS DO SUS), **SISAC** (SISTEMA DE CONTROLE DE ACESSO DE CONSELHEIROS), **CARTASUS** (Sistema que permite o registro das informações respondidas pelos pacientes do SUS sobre a sua inter), **SIACS** (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde), and **SISPPPI** (Sistema de Programação Pactuada e Integrada).

Ao filtrar os sistemas pelo nome, é possível selecionar o sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), escolher o perfil desejado e solicitar acesso, conforme imagens ilustrativas abaixo.



A solicitação permanecerá com o status “pendente” até que o novo usuário seja autorizado pela Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria Estadual de Saúde – APG/SESAB. Para isso, é importante que você envie um email para a equipe da APG relacionando o nome, CPF, endereço eletrônico e função das pessoas cadastradas no sistema da sua SMS, incluindo o Conselho de Saúde (apêndice d).

Caso você já tenha realizado o cadastro no SPCA, basta [clique aqui](#) que você será direcionado para página do Sistema. O acesso ao DGMP será através de e-mail e senha cadastrados, que são solicitados ao abrir a tela do sistema.

Portal do Governo Brasileiro | Atualize sua Barra de Governo

digisusmp.saude.gov.br

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

Módulo Planejamento

DIGISUS GESTOR

INÍCIO BIBLIOTECA PERGUNTAS FREQUENTES

VERSÃO: 1.10.6

DIGITE SEU E-MAIL E SENHA PARA ACESSAR A ÁREA RESTRITA:

[Primeiro Acesso](#) [Esqueci minha Senha](#)

INFORMAÇÕES

**Nota Informativa nº 2/2021-
CGFIP/DGIP/SE/MS - Sobre
indisponibilidade temporária dos dados do
SIOPS referentes ao 1º RDQA de 2021 no
DGMP.**

Boletim Informativo - 03/2021
Situação dos Instrumentos de Planejamento -
Fevereiro/2021

Manual do usuário - 2021
Manual do usuário do sistema DigiSUS Gestor - Módulo
Planejamento

**Nota Técnica nº 7/2020-
CGFIP/DGIP/SE/MS**
Sobre ajuste no Plano de Saúde (PS) ou na
Programação Anual de Saúde (PAS) para inclusão das
metas ou das ações, respectivamente, decorrentes do
enfrentamento à pandemia da COVID 19.

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

Módulo Planejamento

DIGISUS GESTOR

INÍCIO FALE CONOSCO TUTORIAL HISTÓRICO DE AÇÕES IDENTIFICAÇÃO

VERSÃO: 1.16.0

Bem-vindo(a) ADRIANA RIBEIRO BLOISI
Perfil: Técnico - Municipal

Localidade: Jaguaripe - BA

[Sair do Sistema](#)

[2022 - 2025](#) 2022 2023 2024 2025 1º RDQA 2º RDQA 3º RDQA RAG

[PLANO DE SAÚDE](#) [PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE](#) [RELATÓRIOS](#)

⚠ Atenção. Esta fase contém 3 instrumentos pendentes, clique [aqui](#) para acessar a lista de documentos, suas situações e prazos para entrega!

Bem-vindo ao Módulo Planejamento DigiSUS Gestor

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021 e 05 Mai 2025

É importante destacar que qualquer dado divergente que conste no campo "Identificação", deve-se observar qual a fonte da informação e solicitar correção diretamente na fonte ou através do campo "Fale Conosco".

Para saber mais...

Os perfis de acesso são específicos para cada pessoa que utiliza o sistema DGMP. O acesso ao DGMP pode-se dar através de três diferentes perfis:

- a) **Técnico Municipal/Estadual:** perfil específico para os técnicos que registram os dados no sistema. Com esse perfil é permitido registrar os dados referentes a Consórcios de Saúde na aba Identificação, a Pactuação Interfederativa de Indicadores, ao Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e aos Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Anuais de Saúde, além de anexar arquivos.
- b) **Gestor Municipal/Estadual:** perfil específico para o gestor municipal ou representante por ele designado. Com esse perfil é permitido registrar os dados referentes as abas Identificação, Pactuação Interfederativa de Indicadores, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e aos Relatórios Quadrimestral e Anual de Saúde além de anexar arquivos. A diferença entre o perfil Técnico Municipal e Gestor Municipal, é que apenas esse último permite o envio dos relatórios e das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores para que o Conselho de Saúde possa apreciar.
- c) **Conselho Municipal/Estadual:** perfil específico para o Conselho de Saúde. Com esse perfil é permitido visualizar as informações que já foram inseridas e finalizadas pelo perfil Gestor ou Técnico (Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde), além das informações enviadas pelo perfil Gestor (no caso Relatórios Quadrimestral, Anual e metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores). Através desse perfil o Conselho de Saúde do respectivo âmbito, aprecia e emite parecer referente à Pactuação, Relatórios Quadrimestral e Anual, anexando os arquivos necessários.

Além disso, a autorização e o controle dos cadastros são feitos pelas referências, que possuem o perfil Analista (Federal, Regional e Estadual), cada um responsável pela autorização do acesso de um conjunto de usuários.

- a) **Analista Federal:** para perfis gestor, técnico e analista do Distrito Federal e das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde.
- b) **Analista Regional:** perfil que autoriza e controla cadastros, atualizando o acesso de um conjunto de usuários (gestor, técnico e conselheiros de saúde) dos municípios da região de saúde correspondente.

a) Analista Estadual: perfil que autoriza e controla cadastros, atualizando o acesso de um conjunto de usuários (gestor, técnico e conselheiros de saúde) dos municípios da região de saúde correspondente.



Para mais esclarecimentos: Ver capítulo 4 “Sobre as Formas e os Perfis de Acesso” do Manual do Usuário do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento.

A seguir apresentaremos, de forma breve, as especificidades das informações de cada um dos instrumentos de planejamento que são lançados no DGMP.

4.1.1. PLANO DE SAÚDE

Um outro instrumento de planejamento no SUS que é necessário registrar no DGMP são os dados relativos ao Plano Municipal de Saúde (PMS). No sistema são informados os dados relativos às Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) definidos no PMS. E aqui cabe lembrar do nosso colega lá do início do capítulo, que estava cheio de dúvidas de como utilizar o DGMP. Nesse momento, vamos ajudar Pedro esclarecendo como devem ser inseridas as informações do PMS. Para isso, é necessário que o PS já tenha sido elaborado pela equipe gestora do município.

Ao iniciar a alimentação de dados referente ao PMS, que pode ser feito através do acesso com perfil Técnico ou Gestor, deve-se selecionar o período ao qual ele se refere, no caso atual corresponderá ao quadriênio de 2022 a 2025.

O primeiro campo a ser preenchido diz respeito à data da última Conferência Municipal de Saúde que aconteceu anteriormente à elaboração do PMS. Feito esse registro, logo após abrirá a opção “Adicionar Diretriz”. Ao clicar nesse campo, devem ser inseridas as diretrizes que orientaram o PMS 2022-2025.

Após a descrição da diretriz, o sistema perguntará se a diretriz descrita apresenta relação com as diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS), e em caso afirmativo, mostrará a lista contendo as diretrizes nacionais para que se faça a correspondência. O mesmo acontecerá no quesito seguinte, que pergunta se há relação da diretriz municipal descrita com as diretrizes estaduais ou do Plano Estadual de Saúde (PES).

Figura 13: Página do DGMP para registro das diretrizes do Plano de Saúde

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE **Módulo Planejamento** IDENTIFICAÇÃO -
DIOISUS GESTOR VERSÃO: 1.10.6
Bem-Vindo(a) Juliana Santos de Oliveira Localidade: Salvador - BA
Perfil: Técnico - Municipal Sair do Sistema

< 2018_2021 > 2018 2019 2020 2021 1ª RDQA 2ª RDQA 3ª RDQA RAG Ano de Pactuação
PLANO DE SAÚDE PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE RELATÓRIOS PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES

Diretrizes para o Plano de Saúde 2018 - 2021
Status atual do Plano de Saúde: Aprovado

Ano da Última Conferência de Saúde
2017

Ajustar Plano de Saúde

| Nº | Diretrizes | Objetivos |
|----|--|-----------|
| 1 | Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde. | Objetivos |
| 2 | Implementar a Política Nacional de Atenção Básica no município de Salvador | Objetivos |
| 3 | Reorganizar as ações de apoio diagnóstico e terapêutico, urgência e emergência e as de média e alta complexidade na rede pública e contratada | Objetivos |
| 4 | Aumentar a capacidade de gestão do SUS municipal por meio de práticas de planejamento, gerenciamento de recursos financeiros e materiais, informação e informatização, controle interno, participação e controle social. | Objetivos |
| 5 | Desenvolver processos de gestão do trabalho e educação na saúde na SMS | Objetivos |

10 resultados por página Mostrando de 1 até 5 de 5 registros Anterior 1 Próximo
Gerar Excel Gerar PDF

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Após a inserção das Diretrizes, o próximo campo a ser registrado refere-se aos Objetivos. Vale a pena esclarecer, pois essa também pode ser uma dúvida de nosso colega Pedro, que para cada Diretriz pode ser registrado um ou mais Objetivos. Deve-se clicar em “+Objetivos”, que abrirá o campo específico para descrição do objetivo. Após inserir o objetivo, clica-se em “Salvar” e o sistema retornará para a tela inicial para inserção de outros objetivos.

Figura 14: Página do DGMP para registro dos objetivos do Plano de Saúde.

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde 2018 - 2021

1 Objetivo 2 Meta / Indicador 3 Resumo da Diretriz

Diretriz:

Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

10 resultados por página

| Nº | Objetivos | Metas |
|----|---|-------|
| 1 | Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida | +Meta |
| 2 | Fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde no município | +Meta |
| 3 | Implementar as ações de Vigilância Ambiental em Saúde | +Meta |
| 4 | Implementar as ações de controle de riscos à saúde | +Meta |
| 5 | Desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde do trabalhador | +Meta |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Após o registro dos Objetivos é o momento de definir as metas para cada um dos objetivos inseridos e os indicadores. As metas são sempre referentes aos objetivos já inseridos. Para tanto, deve-se clicar em “+Meta”, que abrirá uma tela para que seja inserida a descrição da meta, o valor e sua unidade de medida.

Destaca-se que no campo a inserir o valor da meta é possível, além de definir a meta a ser alcançada ao final do período de vigência do PMS, informar também a “Previsão da meta” para cada ano do quadriênio. Ou seja, se o PMS se refere ao período de 2022-2025 no campo “Meta para 2022-2025” deve-se informar o valor que se deseja atingir até 2025. E no campo “Previsão da meta” é possível inserir o escalonamento da meta considerando cada ano: 2022, 2023, 2024 e 2025.

Figura 15: Página do DGMP contendo informações sobre Meta e Indicador

Módulo Planejamento

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIGISUS GESTOR

VERSÃO: 1.10.6

Bem-Vindo(a) Juliana Santos de Oliveira
Perfil: Técnico - Municipal

Localidade: Salvador - BA
[Sair do Sistema](#)

2018 - 2021
PLANO DE SAÚDE

2018 2019 2020 2021
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

1ª RDQA 2ª RDQA 3ª RDQA RAG
RELATÓRIOS

Ano de Pactuação
PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde 2018 - 2021

1 Objetivo

2 Meta / Indicador

3 Resumo da Diretriz

- Diretriz: Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.
 - Objetivo: Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida

10 resultados por página

| Nº | Descrição da Meta | Indicador | Valor da Meta | Unidade da Meta |
|----|--|---|---------------|-----------------|
| 1 | Alcançar o percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | Percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | 5,50 | Percentual |
| 2 | Attingir a proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | Proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | 70,00 | Proporção |

Mostrando de 1 até 2 de 2 registros

Anterior 1 Próximo

[Voltar para Diretrizes](#) [Visualizar Resumo da Diretriz](#)

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Ainda na tela referente às metas deve-se registrar o indicador para sua aferição. O registro do indicador ocorre a partir da sua seleção em uma lista de indicadores já cadastrados no DGMP, no campo “Selecionar indicador”, ou através do cadastramento de um novo indicador no campo “Cadastre novo indicador”.

No caso de cadastrar um novo indicador, uma tela abrirá para que sejam descritas as informações necessárias. Deve-se selecionar ainda a “Unidade de medida” do indicador, a “Linha de base”, que corresponde ao último valor aferido para o indicador, e por fim, o “Ano da Linha de Base”. Esses dados permitem um recorte de tempo a partir do qual poderá ser feita a comparação do indicador, considerando o período de execução do PMS.

Por fim, é necessário “Salvar” os dados inseridos. Ao salvar, é possível visualizar o “Resumo da Diretriz”, que conterà todos os dados registrados: Diretriz, Objetivo, Descrição da Meta, Indicador, Linha de Base, a Meta prevista para o período de referência e a Unidade de Medida.

Figura 16: Página do DGMP contendo Resumo da Diretriz.

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE
Modulo Planejamento
 DIGISUS GESTOR

VERSÃO: 1.10.6
 Localidade: Salvador - BA
 Sair do Sistema

Bem-Vindo(a) Juliana Santos de Oliveira
 Perfil: Técnico - Municipal

2018 - 2021
 PLANO DE SAÚDE

2018 2019 2020 2021
 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

1ª RDQA 2ª RDQA 3ª RDQA RAG
 RELATÓRIOS

Ano de Pactuação

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde 2018 - 2021

1 Objetivo 2 Meta / Indicador 3 Resumo da Diretriz

DIRETRIZ Nº 1 - Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

OBJETIVO Nº 1.1 - Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida

| Nº | Descrição da Meta | Indicador para monitoramento e avaliação da meta | Indicador (Linha-Base) | | | Meta Plano (2018-2021) | Unidade de Medida | Meta Prevista | | | |
|-------|---|---|------------------------|------|-------------------|------------------------|-------------------|---------------|------|------|------|
| | | | Valor | Ano | Unidade de Medida | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 1.1.1 | Alcançar o percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | Percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | 4,60 | 2015 | Percentual | 5,50 | Percentual | 5,5 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| 1.1.2 | Atingir a proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | Proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | - | - | Proporção | 70,00 | Proporção | 62,5 | 65 | 67,5 | 70 |

OBJETIVO Nº 1.2 - Fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde no município

| Nº | Descrição da Meta | Indicador para monitoramento e avaliação da meta | Indicador (Linha-Base) | | | Meta Plano (2018-2021) | Unidade de Medida | Meta Prevista | | | |
|-------|---|--|------------------------|------|-------------------|------------------------|-------------------|---------------|------|------|------|
| | | | Valor | Ano | Unidade de Medida | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 1.2.1 | Código Municipal de Saúde implantado | Percentual de implantação do Código Municipal de Saúde | - | - | Percentual | 100,00 | Percentual | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 1.2.2 | Eventos de Saúde Pública investigados oportunamente | Percentual dos eventos de saúde pública investigados oportunamente | 100,00 | 2016 | Percentual | 100,00 | Percentual | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

A finalização da inserção dos dados referente ao PMS acontece clicando em “Finalizar” e uma tela aparecerá para validação e inserção de anexos, que são o próprio arquivo completo do PMS e a resolução do Conselho em caso de já ter aprovado o PMS; é opcional a inclusão da resolução contendo as diretrizes definidas pelo Conselho de Saúde para elaboração do PMS.

Para saber mais...

A finalização do PS no DGMP é possível com o acesso através do perfil de Gestor ou Técnico. Além disso, a qualquer momento é possível fazer ajustes nos dados inseridos referente ao PS, devendo portanto, incluir uma justificativa para tal e desde que a Programação Anual de Saúde ainda esteja em aberto no sistema.

Para mais esclarecimentos: Ver capítulo 10 “Plano de Saúde” do Manual do Usuário do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento:

4.1.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

A PAS é também um dos instrumentos cujos dados devem ser inseridos no Sistema DGMP. Mas quais informações referentes a PAS e de que forma esse sistema deve ser alimentado? Como resposta a esse questionamento, apresenta-se a seguir um pouco desse procedimento.

Inicialmente, deve-se esclarecer que para a inserção da PAS no DigiSUS é necessário que os municípios já tenham elaborado e encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde esse instrumento de gestão. Além disso, só é possível o registro de dados da PAS após a inserção das informações do PS. Ou seja, é pré-requisito preencher as informações primeiramente do PS, e após, o sistema permitirá a alimentação da PAS.

A PAS é preenchida no DGMP para cada ano. Os campos a serem preenchidos no DigiSUS referente à PAS são a anualização das metas, as ações relativas ao alcance das metas com sua programação orçamentária e respectivas subfunções. Para a anualização das metas o Gestor ou Técnico deve clicar no campo “Anualização das metas”. O sistema abrirá uma lista com todas as metas que já foram preenchidas no momento de registro do PS. Você deve selecionar a “Diretriz” e o “Objetivo”, clicar em pesquisar e serão apresentadas as metas correspondentes.

Nesse momento, deve-se clicar em “Pendente” e outra tela aparecerá para que seja informado o valor da meta a ser alcançada para o ano a que se refere aquela PAS e as ações correspondentes e necessárias ao seu alcance. Ainda nessa tela, deverá ser selecionada as “Subfunções” do orçamento da saúde (em conformidade com LOA aprovada para o ano) que estão relacionadas com as ações definidas.

Após isso, é necessário clicar em “Salvar e Voltar para Lista de Metas” para que as informações sejam registradas. Esse mesmo procedimento deve ser feito até que todas as metas sejam anualizadas. Ainda no tópico de “Anualização das metas” existe um campo que possibilita “Adicionar arquivo” e “Enviar arquivo”, para que a versão completa da PAS seja anexada e estejam disponíveis para acesso público no sistema.

Figura 17: Página do DGMP para anualização das metas da PAS

Bem-Vindo(a) Juliana Santos de Oliveira
Perfil: Técnico - Municipal

Localidade: Salvador - BA
Sair do Sistema

2018 2019 2020 2021

1ª RDQA 2ª RDQA 3ª RDQA RAG

PLANO DE SAÚDE PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE RELATÓRIOS ANO DE PACUAÇÃO PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DE INDICADORES

Anualizar Meta do Plano de Saúde 2018 - 2021

Lista de Metas

Diretriz: 1. Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

Objetivo: 1.1. Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida

Meta: 1.1.1. Alcançar o percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes

Meta para 2021

(Previsão: 5,5)

5,50 Percentual

Ação

| | | |
|---|--|---------|
| 1 | Articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interinstitucional voltadas para a promoção da saúde (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis) | Excluir |
| 2 | Desenvolvimento de ações de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis | Excluir |
| 3 | Desenvolvimento das ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado a grupos populacionais vulneráveis vítimas de violência e aos usuários de álcool e outras d | Excluir |
| 4 | Divulgação de 01 boletim informativo sobre Tabagismo | Excluir |
| 5 | Apoio técnico e logístico a 03 ações de prevenção à saúde realizadas pela Sociedade Civil | Excluir |
| 6 | Elaboração do Plano Municipal de Doença e Agravos Não Transmissíveis 2022-2030 | Excluir |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

O segundo campo a ser preenchido referente a PAS no DGMP é o “Orçamento”. Clicando-se nesse campo, o sistema apresenta uma tela com a Programação Orçamentária e as diferentes fontes de receitas. Nessa tela devem ser inseridos os valores das receitas segundo natureza da despesa e subfunção orçamentária, em conformidade com o que está previsto na LOA do ano correspondente. Ao preencher cada um desses campos é necessário clicar em “Salvar Valores” para que os dados sejam registrados no sistema.

O orçamento é detalhado da seguinte maneira:

- Receita de impostos e de transferência de impostos (receita própria - R\$)
- Transferências de fundos à Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Federal (R\$)
- Transferências de fundos à Fundo de Recursos do SUS, provenientes do Governo Estadual (R\$)
- Transferências de convênios destinados à Saúde (R\$)
- Operações de Crédito vinculadas à Saúde (R\$)
- Royalties do petróleo destinados à Saúde (R\$)
- Outros recursos destinados à Saúde (R\$)

Figura 18: Página do DGMP para inserção do Orçamento referente a PAS

Programação Anual de Saúde 2021

Anualização das Metas Orçamento Visualizar

Programação Orçamentária

Receita de impostos e de transferência de impostos (receita própria - R\$)

0 - Informações Complementares

Corrente R\$ Capital R\$

122 - Administração Geral

Corrente R\$ Capital R\$

301 - Atenção Básica

Corrente R\$ Capital R\$

302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Corrente R\$ Capital R\$

303 - Suporte Profilático e Terapêutico

Corrente R\$ Capital R\$

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

O campo “Visualizar” permite a visualização das informações que são lançadas e salvas no sistema. Ao final desta tela aparecem os arquivos que foram anexados e o campo “Finalizar”, que ao clicar abre outra tela para adicionar informações do status da PAS e sua apreciação pelo Conselho de Saúde.

Para saber mais...

Na etapa de lançamento dos dados da PAS não é possível fazer alterações nas Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores. É possível fazer alterações na PAS desde que seu status esteja “em elaboração” ou “liberado para ajustes”. Ao solicitar o ajuste na PAS é necessário que o RDQA e o RAG estejam com o status “Em elaboração” no DGMP.

Para mais esclarecimentos: Ver capítulo 11 “Programação Anual de Saúde” do Manual do Usuário do DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento:

4.1.3. RELATÓRIOS DE GESTÃO (RDQA e RAG)

O DigiSUS Gestor é o sistema que permite a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA)⁷ e do Relatório Anual de Gestão (RAG). Além disso, é através do DigiSUS que o Gestor encaminha os RDQA para recomendações do Conselho de Saúde bem como o RAG para aprovação por esta instância de controle social. A disponibilidade dos componentes RDQA e RAG no DGMP tem a perspectiva de incorporar e aprimorar funcionalidades do sistema anterior, o SargSUS (BRASIL, 2021b).

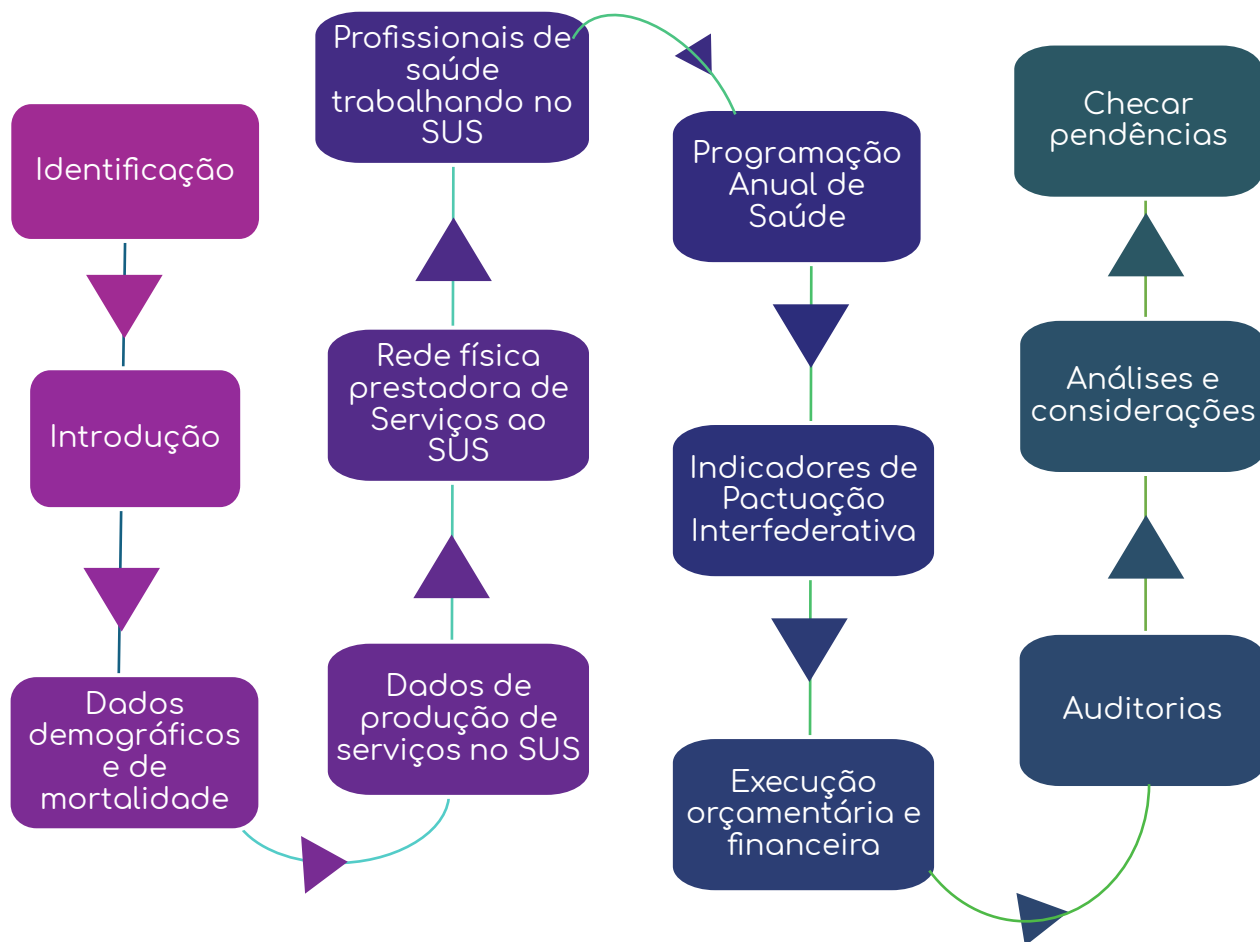
Desse modo, os objetivos específicos da inclusão desses relatórios no DGMP são:

- a) aferir os resultados alcançados a partir das metas que foram incluídas e anualizadas na PAS do ano correspondente;
- b) disponibilizar para os conselhos de saúde informações sobre a série histórica de indicadores que permitam a avaliação mais qualificada sobre os RDQA e RAG;
- c) transparência frente ao acompanhamento das ações que foram programadas e o monitoramento da execução financeira e orçamentária.

O processo de elaboração dos RDQA e RAG no DGMP segue uma lógica própria e de conexão entre os elementos constantes na PAS, na Pactuação, além de outras informações extraídas de outros sistemas de informação em saúde, que permitem um acompanhamento acerca das metas traçadas. Nesse sentido, a seguir, apresenta-se a estrutura básica dos relatórios no DGMP.

⁷Documento introduzido pela [LC141/2012](#) como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde e deve ser apresentado pelo gestor do SUS em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. As informações acumuladas quadrimestralmente neste relatório ajudarão na elaboração do Relatório de Gestão no final do exercício (BRASIL, 2021).

Figura 19: Estrutura mínima para elaboração dos RDQA e RAG no DGMP.



Fonte: Elaborado a partir do Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021. *O sistema apresenta a estrutura de relatório aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (Res. CNS n. 459, de 10 de outubro de 2012), aplicável tanto para os relatórios trimestrais quanto para o anual.

Para a elaboração do RDQA e RAG no DGMP é necessário que as informações relativas ao PS e à PAS correspondente tenham sido incluídas nesse sistema. Assim, de acordo com o prazo estabelecido para apresentação desses instrumentos nos espaços de controle, os tópicos relativos aos RDQA e RAG estarão disponíveis no sistema para inclusão dos dados (BRASIL, 2021b).

Para saber mais...

O envio dos relatórios ao Conselho de Saúde através do DGMP não substitui a sua apresentação e discussão nas respectivas instâncias de controle. Os Conselhos de Saúde devem avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado referente à execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde bem como o relatório do gestor da saúde, conforme definido no art. 41 da LC 141/2012.

Para mais esclarecimentos: Ver Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, [disponível aqui!](#)

| Prazos para apresentação dos RDQA e RAG à Casa Legislativa e ao Conselho de Saúde | |
|---|---|
| 1º RDQA | Final do mês de maio |
| 2º RDQA | Final do mês de setembro |
| 3º RDQA | Final do mês de fevereiro do ano subsequente |
| RAG | Até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira |

BRASIL, 2012, art. 34; BRASIL, 2021).

A forma como está estruturado o RDQA e RAG no DGMP apresenta campos cujo seu preenchimento é obrigatório, excluindo apenas os itens 1 e 2, "Identificação" e "Introdução", respectivamente. Cabe lembrar também que para cada um dos itens que compõem a estrutura dos relatórios, existe um campo específico para inclusão de "Análises e Considerações", onde podem ser inseridas informações complementares.

A seguir, apresentaremos informações que auxiliarão os gestores e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde para elaboração do RDQA e RAG no DGMP. Para fins de organização os itens serão discutidos conforme sequência disponibilizada no sistema.

a. Identificação

Este item contém dados territoriais da área geográfica de abrangência da respectiva esfera de gestão, informações da Secretaria de Saúde a respeito da Gestão, do Fundo de Saúde, Regionalização, Conselho de Saúde e Casa Legislativa, que se referem às datas de apresentação dos relatórios nesses espaços.

Ressalta-se que essas informações não estão disponíveis para edição pois são importadas de outros sistemas como do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). O único campo onde deve ser inserido dado é o da Casa Legislativa, que está disponível apenas quando da elaboração do RAG, devendo registrar as datas de apresentação dos relatórios quadrimestrais no ano.

Assim, esse item não requer necessariamente inserção de nenhum dado específico, no entanto, podem ser incluídas “Considerações” referentes às informações já disponibilizadas importadas de outros sistemas.

Figura 20: Tela do item 1 - Identificação do Relatório no DGMP

The screenshot displays the 'Relatório Anual de Gestão' interface. On the left is a navigation menu with items 1 through 7. The main content area is titled '1. Identificação' and contains two sub-sections: '1.1. Informações Territoriais' and '1.2. Secretaria de Saúde'. The '1.1' section includes fields for UF (BA), Município (SALVADOR), Área (706,80 Km²), População (2.886.698 Hab), Densidade Populacional (4085 Hab/Km²), and Região de Saúde (Salvador). The '1.2' section includes fields for Nome do Órgão (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SALVADOR), Número CNES (6385907), CNPJ (A informação não foi identificada na base de dados), Email (ascom.saude@salvador.ba.gov.br), and Telefone ((71) 3186-1000). Both sections include source information: 'Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)' and 'Data da consulta: 09/02/2021'.

Status atual do Relatório: Em apreciação pelo Conselho de Saúde

Download Relatório

Relatório Anual de Gestão

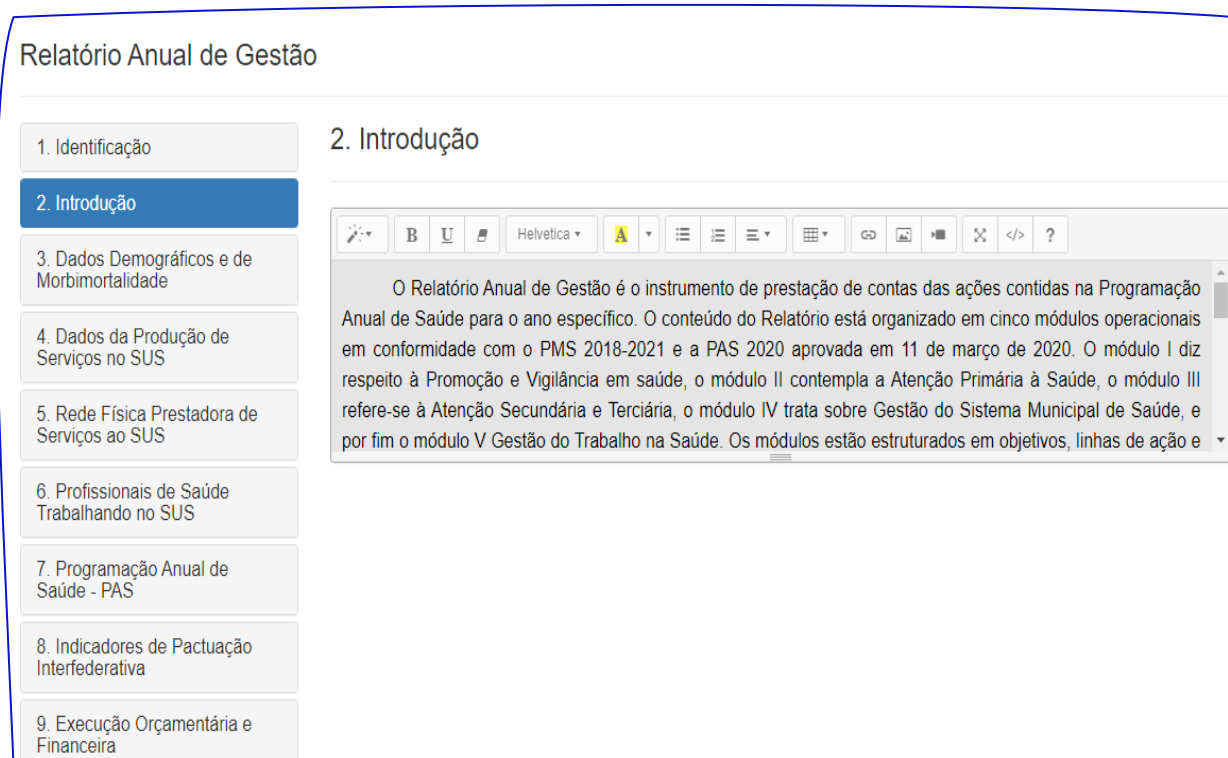
- 1. Identificação
 - 1.1. Informações Territoriais
 - UF: BA
 - Município: SALVADOR
 - Área: 706,80 Km²
 - População: 2.886.698 Hab
 - Densidade Populacional: 4085 Hab/Km²
 - Região de Saúde: Salvador
 - Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)
 - Data da consulta: 09/02/2021
 - 1.2. Secretaria de Saúde
 - Nome do Órgão: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SALVADOR
 - Número CNES: 6385907
 - CNPJ: A informação não foi identificada na base de dados
 - Email: ascom.saude@salvador.ba.gov.br
 - Telefone: (71) 3186-1000
 - Endereço: RUA DA GRECIA 03 EDF CARAMURU
 - Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
 - Data da consulta: 09/02/2021

1.3. Informações da Gestão

b. Introdução

Este item apresenta apenas o campo para inserção de “Considerações”, onde podem ser registrados os compromissos técnico-político julgados como necessários, que evidenciam as prioridades da gestão, ou seja, são considerações gerais que os gestores desejam destacar no relatório.

Figura 21: Tela do item 2 - Introdução do Relatório no DGMP



Relatório Anual de Gestão

1. Identificação

2. Introdução

3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade

4. Dados da Produção de Serviços no SUS

5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

7. Programação Anual de Saúde - PAS

8. Indicadores de Pactuação Interfederativa

9. Execução Orçamentária e Financeira

2. Introdução

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento de prestação de contas das ações contidas na Programação Anual de Saúde para o ano específico. O conteúdo do Relatório está organizado em cinco módulos operacionais em conformidade com o PMS 2018-2021 e a PAS 2020 aprovada em 11 de março de 2020. O módulo I diz respeito à Promoção e Vigilância em saúde, o módulo II contempla a Atenção Primária à Saúde, o módulo III refere-se à Atenção Secundária e Terciária, o módulo IV trata sobre Gestão do Sistema Municipal de Saúde, e por fim o módulo V Gestão do Trabalho na Saúde. Os módulos estão estruturados em objetivos, linhas de ação e

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

c. Dados Demográficos e de Morbimortalidade

O item 3 apresenta dados referente à população por sexo e faixa etária, número de nascidos vivos por residência da mãe, principais causas de internação e mortalidade por grupos de causas, importados de outros sistemas do MS como do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), além de um campo específico para “análises e considerações”, onde é possível registrar uma apreciação sobre os dados disponibilizados.

Figura 22: Tela do item 3 - Dados Demográficos e de Morbimortalidade do Relatório no DGMP

| Relatório Anual de Gestão | | | | |
|--|---|------------------|-----------------|----------------|
| 1. Identificação | 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade | | | |
| 2. Introdução | 3.1. População estimada por sexo e faixa etária | | | |
| 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade | Período: 2020 | | | |
| 3.1. População estimada por sexo e faixa etária | Faixa Etária | Masculino | Feminino | Total |
| 3.2. Nascidos Vivos | 0 a 4 anos | 78243 | 74623 | 152866 |
| 3.3. Principais causas de internação | 5 a 9 anos | 80974 | 78495 | 159469 |
| 3.4. Mortalidade por grupos de causas | 10 a 14 anos | 96067 | 96379 | 192446 |
| 4. Dados da Produção de Serviços no SUS | 15 a 19 anos | 109601 | 111510 | 221111 |
| 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS | 20 a 29 anos | 223922 | 232094 | 456016 |
| 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS | 30 a 39 anos | 232040 | 272984 | 505024 |
| 7. Programação Anual de Saúde - PAS | 40 a 49 anos | 205760 | 252063 | 457823 |
| 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa | 50 a 59 anos | 149645 | 192970 | 342615 |
| 9. Execução Orçamentária e Financeira | 60 a 69 anos | 96328 | 139264 | 235592 |
| | 70 a 79 anos | 41765 | 70756 | 112521 |
| | 80 anos e mais | 14095 | 37120 | 51215 |
| | Total | 1328440 | 1558258 | 2886698 |

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (DataSUS/Tabnet)
Data da consulta: 09/02/2021.

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

d. Dados da Produção de Serviços no SUS

Este item contém dados relacionados à produção da Atenção Básica, da Urgência e Emergência considerando os grupos de procedimentos, da Atenção Psicossocial, da Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por grupo de procedimentos, além da produção da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde.

Cabe destacar que esses dados de produção são apenas exibidos no DGMP, pois sua fonte de registro são o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS. A produção apresentada contempla o período ao qual o RDQA ou RAG se refere. Ou seja, no caso do RDQA do 1º quadrimestre, a produção apresentada contemplará dados relativos ao período de janeiro a abril do ano correspondente.

Figura 23: Tela do item 4 - Dados da Produção de Serviços no SUS do Relatório no DGMP

Relatório Anual de Gestão

1. Identificação

2. Introdução

3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade

4. Dados da Produção de Serviços no SUS

4.1. Produção de Atenção Básica

4.2. Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos

4.3. Produção de Atenção Psicossocial por Forma de Organização

4.4. Produção de Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar por Grupo de Procedimentos

4.5. Produção de Assistência Farmacêutica

4.6. Produção de Vigilância em Saúde por Grupo de Procedimentos

5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

7. Programação Anual de Saúde - PAS

8. Indicadores de Pactuação Interfederativa

4. Dados da Produção de Serviços no SUS

4.1. Produção de Atenção Básica

Considerando a verificação da inconsistência dos dados provenientes do SISAB, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) solicitou a retirada dos dados da Atenção Básica disponibilizados pelos tabuladores do CMD até que os dados sejam corrigidos pela equipe da SAPS. Em decorrência disso, informamos que o quadro 4.1 Produção da Atenção Básica dos Relatórios – RDQ e RAG permanecerá indisponível até a correção pela referida área. Dessa maneira, os gestores devem informar os dados relativos a produção da Atenção Básica, utilizando os dados das bases locais no campo Análise e Considerações.

4.2. Produção de Urgência e Emergência por Grupo de Procedimentos

Caráter de atendimento: Urgência

| Grupo procedimento | Sistema de Informações Ambulatoriais | | Sistema de Informações Hospitalares | |
|--|--------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------|
| | Qtd. aprovada | Valor aprovado | AIH Pagas | Valor total |
| 01 Ações de promoção e prevenção em saúde | - | - | - | - |
| 02 Procedimentos com finalidade diagnóstica | 64836 | 1242330,15 | 20 | 15905,09 |
| 03 Procedimentos clínicos | 731096 | 4698517,99 | 18339 | 43069623,20 |
| 04 Procedimentos cirúrgicos | 18158 | 484164,56 | 6723 | 20650129,51 |
| 05 Transplantes de órgãos, tecidos e células | - | - | 8 | 20530,00 |
| 06 Medicamentos | - | - | - | - |
| 07 Órteses, próteses e materiais especiais | - | - | - | - |
| 08 Ações complementares da atenção à saúde | - | - | - | - |
| Total | 814090 | 6425012,70 | 25090 | 63756187,80 |

Fonte: Sistemas de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Nesse item também há um espaço para “análises e considerações”, para complementação de informações caso seja necessário.

e. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

O item 5 apresenta dados provenientes do CNES relacionados aos prestadores de serviços por tipo de estabelecimento e gestão e por natureza jurídica, além de informações sobre Consórcios em saúde caso o ente federativo em questão possua. Campo para “análises e considerações”.

Figura 24: Tela do item 5 - Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS - Relatório no DGMP

| Relatório Anual de Gestão | | | | | |
|---|--|--------------|-----------------|------------------|--------------|
| 1. Identificação | 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS | | | | |
| 2. Introdução | 5.1. Por tipo de estabelecimento e gestão | | | | |
| 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade | Período 12/2020 | | | | |
| 4. Dados da Produção de Serviços no SUS | Rede física de estabelecimentos de saúde por tipo de estabelecimentos | | | | |
| 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS | Tipo de Estabelecimento | Dupla | Estadual | Municipal | Total |
| 5.1. Por tipo de estabelecimento e gestão | UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA | 0 | 0 | 70 | 70 |
| 5.2. Por natureza jurídica | FARMACIA | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 5.3. Consórcios em saúde | CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA | 0 | 0 | 165 | 165 |
| 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS | TELESSAUDE | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 7. Programação Anual de Saúde - PAS | HOSPITAL GERAL | 5 | 17 | 8 | 30 |
| 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa | HOSPITAL ESPECIALIZADO | 5 | 11 | 2 | 18 |
| 9. Execução Orçamentária e Financeira | CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL | 0 | 1 | 18 | 19 |
| 10. Auditorias | CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 11. Análises e Considerações Gerais | CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 12. Recomendações para o Próximo Exercício | LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 13. Checar Pendências | UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO) | 2 | 2 | 22 | 26 |
| | UNIDADE MISTA | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | CENTRAL DE ABASTECIMENTO | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | UNIDADE MOVEL TERRESTRE | 0 | 7 | 1 | 8 |
| | CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA | 3 | 1 | 0 | 4 |
| | PRONTO SOCORRO GERAL | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSAO DE TRABALHADORES NA SAUDE | 0 | 0 | 1 | 1 |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

f. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

Este item traz dados também do CNES, apresentando o quantitativo de profissionais que trabalham no SUS por natureza do estabelecimento, formas de contratação e função ocupada conforme o Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Aqui também há o espaço para “análises e considerações”.

Figura 25: Tela do item 6 - Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS - Relatório no DGMP

| Relatório Anual de Gestão | | | | | | | |
|--|---|--|--------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------|
| 1. Identificação | 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS | | | | | | |
| 2. Introdução | Período 12/2020 | | | | | | |
| 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade | Postos de trabalho ocupados, por ocupação e forma de contratação | | | | | | |
| 4. Dados da Produção de Serviços no SUS | Adm. do Estabelecimento | Formas de contratação | CBOs médicos | CBOs enfermeiro | CBOs (outros) nível superior | CBOs (outros) nível médio | CBOs ACS |
| 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS | Pública (NJ grupo 1, ou 201-1, 203-8) | Estatutários e empregados públicos (0101, 0102) | 427 | 599 | 1.152 | 4.476 | 1.456 |
| 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS | | Intermediados por outra entidade (08) | 1.919 | 903 | 455 | 2.187 | 5 |
| 7. Programação Anual de Saúde - PAS | | Autônomos (0209, 0210) | 173 | 2 | 67 | 0 | 0 |
| 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa | | Residentes e estagiários (05, 06) | 100 | 3 | 25 | 1 | 0 |
| 9. Execução Orçamentária e Financeira | | Bolsistas (07) | 118 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. Auditorias | | Informais (09) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 11. Análises e Considerações Gerais | Privada (NJ grupos 2 - exceto 201-1, 203-8 -, 3, 4 e 5) | Intermediados por outra entidade (08) | 902 | 13 | 629 | 48 | 0 |
| 12. Recomendações para o Próximo Exercício | | Celetistas (0105) | 723 | 507 | 861 | 2.589 | 0 |
| 13. Checar Pendências | | Autônomos (0209, 0210) | 4.994 | 162 | 2.021 | 127 | 0 |
| | | Residentes e estagiários (05, 06) | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | Bolsistas (07) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | Informais (09) | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | | Servidores públicos cedidos para a iniciativa privada (10) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Postos de trabalho ocupados, por Contrato Temporário e Cargos em Comissão | | | | | | |
| | Adm. do Estabelecimento | Formas de contratação | CBOs médicos | CBOs enfermeiro | CBOs (outros) nível superior | CBOs (outros) nível médio | CBOs ACS |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

g. Programação Anual de Saúde

No sistema DGMP, as Diretrizes, Objetivos, Indicadores e as Metas anualizadas são trazidas da Programação Anual de Saúde para os RDQA e RAG, sem possibilidade de edição. A PAS aparece nos relatórios para que sejam apurados os resultados (quadrimestral e anual) referentes às metas previamente definidas, tal como o grau de cumprimento desta.

O cálculo do cumprimento das metas é feito de forma automática pelo sistema. Esse item também apresenta o demonstrativo da vinculação das metas anualizadas e sua correlação com a Subfunção Orçamentária. Campo para “análises e considerações”.

Figura 26: Tela do item 7 - Programação Anual de Saúde - Relatório no DGMP

Relatório Anual de Gestão

- 1. Identificação
- 2. Introdução
- 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade
- 4. Dados da Produção de Serviços no SUS
- 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS
- 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS
- 7. Programação Anual de Saúde - PAS
- 7.1. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores
- 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa
- 9. Execução Orçamentária e Financeira
- 10. Auditorias
- 11. Análises e Considerações Gerais
- 12. Recomendações para o Próximo Exercício
- 13. Checar Pendências

7. Programação Anual de Saúde - PAS

7.1. Diretrizes, objetivos, metas e indicadores

DIRETRIZ Nº 1 - Promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde.

OBJETIVO Nº 1.1 - Desenvolver ações de promoção da saúde e da qualidade de vida

| Descrição da Meta | Indicador para monitoramento e avaliação da meta | Linha-Base | Meta 2020 | Unidade de medida | Resultado Anual | % meta alcançada da PAS | Meta Plano(2018-2021) | Unidade de medida |
|--|---|------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Alcançar o percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | Percentual de adultos (maior ou igual 18 anos) fumantes | Percentual | 5,50 | Percentual | 5,40 | 98,18 | 5,50 | Percentual |
| Ação Nº 1 - Articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interinstitucional voltadas para a promoção da saúde (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, reforço a ação comunitária, educação em saúde) e da qualidade de vida, considerando os problemas prioritários de cada Distrito Sanitário. | | | | | | | | |
| Ação Nº 2 - Articulação com órgãos estaduais e municipais responsáveis e sociedade civil organizada por ações de saneamento ambiental (coleta de resíduos sólidos, abastecimento de água, melhoria sanitária domiciliares etc), ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental. | | | | | | | | |
| 2. Atingir a proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | Proporção de nascidos vivos de mães negras com 7 ou mais consultas de pré-natal | Proporção | 67,50 | Proporção | 58,00 | 85,93 | 70,00 | Proporção |
| Ação Nº 1 - Articulação interinstitucional e intrasetorial para desenvolvimento de ações de prevenção da violência interpessoal e auto provocada e promoção da cultura da paz. | | | | | | | | |
| Ação Nº 2 - Implementação da Política de Saúde para a População Negra, com efetivação do Programa de Combate ao Racismo Institucional | | | | | | | | |

OBJETIVO Nº 1.2 - Fortalecer o sistema de Vigilância em Saúde no município

| Descrição da Meta | Indicador para monitoramento e avaliação da meta | Linha-Base | Meta 2020 | Unidade de medida | Resultado Anual | % meta alcançada da PAS | Meta Plano(2018-2021) | Unidade de medida |
|---|--|------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Código Municipal de Saúde implantado | Percentual de implantação do Código Municipal de Saúde | Percentual | 75,00 | Percentual | 75,00 | 100,00 | 100,00 | Percentual |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Importante! Nos relatórios quadrimestrais, a inserção do resultado parcial é opcional. Quer dizer que, caso não haja como informar um resultado no momento de elaboração do relatório do quadrimestre, deve-se selecionar o campo "Sem Apuração" (BRASIL,2021a).

h. Indicadores da Pactuação Interfederativa

O item 8 contempla os indicadores de Pactuação Interfederativa, que são apresentados para que também sejam informados os resultados alcançados no quadrimestre ou ano em questão, conforme RDQA ou RAG, além do percentual de cumprimento da meta. Campo para "análises e considerações".

Figura 27: Tela do item 8 - Indicadores da Pactuação Interfederativa - Relatório no DGMP.

| Relatório Anual de Gestão | | | | | | |
|---|--|------|---------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa | | | | | | |
| Em apreciação pelo Conselho de Saúde | | | | | | |
| N | Indicador | Tipo | Meta ano 2020 | Resultado Anual | % alcançada da meta | Unidade de Medida |
| 1 | Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) | U | 282,00 | 0 | 0,00 | Taxa |
| 2 | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados. | E | - | | | Percentual |
| 3 | Proporção de registro de óbitos com causa básica definida | U | 90,00 | 0 | 0,00 | Percentual |
| 4 | Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente 3ª dose, Pneumocócica 10-valente 2ª dose, Poliomielite 3ª dose e Tríplice viral 1ª dose - com cobertura vacinal preconizada | U | 75,00 | 0 | 0,00 | Percentual |
| 5 | Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação. | U | 77,00 | 0 | 0,00 | Percentual |
| 6 | Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes | U | 89,00 | 0 | 0,00 | Percentual |
| 7 | Número de Casos Autóctones de Malária | E | - | | | Número |
| 8 | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade | U | 479 | 0 | 0,00 | Número |
| 9 | Número de casos novos de aids em menores de 5 anos. | U | 8 | 0 | 0,00 | Número |
| 10 | Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez | U | 100,00 | 0 | 0,00 | Percentual |
| 11 | Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária | U | 0,30 | 0 | 0,00 | Razão |
| 12 | Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária. | U | 0,40 | 0 | 0,00 | Razão |
| 13 | Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar | U | 54,00 | 0 | 0,00 | Percentual |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

i. Execução Orçamentária e Financeira

Apresentação das informações relativas a execução da programação orçamentária e financeira por fonte, subfunção e natureza da despesa, dos indicadores financeiros e do relatório resumido da execução orçamentária, que nada mais é que o quantitativo de recursos investidos nas ações e serviços de saúde, considerando as diferentes fontes de receitas e despesas. Todos esses dados são extraídos do SIOPS. O Campo para “análises e considerações” permite que sejam feitas as devidas apreciações.

Considerando a situação da pandemia da COVID-19 e a necessidade de prestação de contas dos recursos utilizadas para o

controle dessa situação, o DGMP incorporou três subtópicos relacionado ao repasse de recursos específico para o Coronavírus, considerando os diferentes níveis: repasse União, repasse Estadual e aplicação de Recursos Próprios. Como os dados são apenas exibidos, cabe no campo “análises e considerações” que o técnico ou gestor apresente uma análise acerca dessas informações.

Importante! A execução orçamentária e financeira somente é apresentada no RAG, não sendo objeto de apuração nos RDQA (BRASIL,2021a).

Figura 28: Tela do item 9 - Execução Orçamentária e Financeira - Relatório no DGMP

| <p>2. Introdução</p> <p>3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade</p> <p>4. Dados da Produção de Serviços no SUS</p> <p>5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS</p> <p>6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS</p> <p>7. Programação Anual de Saúde - PAS</p> <p>8. Indicadores de Pactuação Interfederativa</p> <p>9. Execução Orçamentária e Financeira</p> <p>9.1. Execução da programação por fonte, subfunção e natureza da despesa</p> <p>9.2. Indicadores financeiros</p> <p>9.3. Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO)</p> <p>9.4. Execução orçamentária e financeira de recursos federais transferidos fundo a fundo, segundo bloco de financiamento e programa de trabalho</p> <p>9.5. Covid-19 Repasse União</p> <p>9.6. Covid-19 Recursos Próprios</p> <p>9.7. Covid-19 Repasse Estadual</p> | <p>9.1. Execução da programação por fonte, subfunção e natureza da despesa</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">Despesa Total em Saúde por Fonte e Subfunção</th> </tr> <tr> <th>Subfunções</th> <th></th> <th>Recursos Ordinários - Fonte Livre</th> <th>Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde</th> <th>Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal</th> <th>Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual</th> <th>Transferências de Convênios destinadas à Saúde</th> <th>Operações de Crédito vinculadas à Saúde</th> <th>Royalties do Petróleo destinados à Saúde</th> <th>Outros Recursos Destinados à Saúde</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">301 - Atenção Básica</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>38.440.174,27</td> <td>43.180.721,95</td> <td>811.421,36</td> <td>404.033,85</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>82.836.351,43</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>3.877.135,46</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>3.877.135,46</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>167.234.255,94</td> <td>526.917.989,87</td> <td>1.567.939,23</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>58.279.380,28</td> <td>753.999.565,32</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>7.997.884,79</td> <td>152.554,05</td> <td>0,00</td> <td>228.428,92</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>11.148.517,03</td> <td>19.527.384,79</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">303 - Suporte Profilático e Terapêutico</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>7.337.342,45</td> <td>16.203.965,46</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>527.096,02</td> <td>24.068.403,93</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">304 - Vigilância Sanitária</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1.637.792,69</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1.637.792,69</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">305 - Vigilância Epidemiológica</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1.034.412,44</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1.034.412,44</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>41.647,98</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>41.647,98</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">306 - Alimentação e Nutrição</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Outras Subfunções</td> <td>Corrente</td> <td>0,00</td> <td>665.590.136,94</td> <td>303.780.188,03</td> <td>6.019.824,39</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>63.238.386,60</td> <td>1.038.628.535,96</td> </tr> <tr> <td>Capital</td> <td>0,00</td> <td>4.012.030,56</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>1.046.861,07</td> <td>5.058.891,63</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL</td> <td>0,00</td> <td>894.530.608,39</td> <td>892.907.624,49</td> <td>8.399.184,98</td> <td>632.462,77</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>134.240.241,00</td> <td>1.930.710.121,63</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) ASPS: Ações e Serviços Públicos em Saúde</p> <p>Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)</p> <p>Data da consulta: 12/02/2021.</p> | Despesa Total em Saúde por Fonte e Subfunção | | | | | | | | | | Subfunções | | Recursos Ordinários - Fonte Livre | Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde | Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal | Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual | Transferências de Convênios destinadas à Saúde | Operações de Crédito vinculadas à Saúde | Royalties do Petróleo destinados à Saúde | Outros Recursos Destinados à Saúde | TOTAL | 301 - Atenção Básica | Corrente | 0,00 | 38.440.174,27 | 43.180.721,95 | 811.421,36 | 404.033,85 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 82.836.351,43 | Capital | 0,00 | 3.877.135,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.877.135,46 | 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Corrente | 0,00 | 167.234.255,94 | 526.917.989,87 | 1.567.939,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 58.279.380,28 | 753.999.565,32 | Capital | 0,00 | 7.997.884,79 | 152.554,05 | 0,00 | 228.428,92 | 0,00 | 0,00 | 11.148.517,03 | 19.527.384,79 | 303 - Suporte Profilático e Terapêutico | Corrente | 0,00 | 7.337.342,45 | 16.203.965,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 527.096,02 | 24.068.403,93 | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 304 - Vigilância Sanitária | Corrente | 0,00 | 0,00 | 1.637.792,69 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.637.792,69 | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 305 - Vigilância Epidemiológica | Corrente | 0,00 | 0,00 | 1.034.412,44 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.034.412,44 | Capital | 0,00 | 41.647,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 41.647,98 | 306 - Alimentação e Nutrição | Corrente | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | Outras Subfunções | Corrente | 0,00 | 665.590.136,94 | 303.780.188,03 | 6.019.824,39 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 63.238.386,60 | 1.038.628.535,96 | Capital | 0,00 | 4.012.030,56 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.046.861,07 | 5.058.891,63 | TOTAL | | 0,00 | 894.530.608,39 | 892.907.624,49 | 8.399.184,98 | 632.462,77 | 0,00 | 0,00 | 134.240.241,00 | 1.930.710.121,63 |
|--|---|--|---|---|--|--|---|--|------------------------------------|-------------------------|--|------------|--|-----------------------------------|---|---|--|--|---|--|------------------------------------|-------|----------------------|----------|------|---------------|---------------|------------|------------|------|------|------|---------------|---------|------|--------------|------|------|------|------|------|------|--------------|---|----------|------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|---------------|----------------|---------|------|--------------|------------|------|------------|------|------|---------------|---------------|---|----------|------|--------------|---------------|------|------|------|------|------------|---------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------------|----------|------|------|--------------|------|------|------|------|------|--------------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------------------------------|----------|------|------|--------------|------|------|------|------|------|--------------|---------|------|-----------|------|------|------|------|------|------|-----------|------------------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|----------|------|----------------|----------------|--------------|------|------|------|---------------|------------------|---------|------|--------------|------|------|------|------|------|--------------|--------------|--------------|--|-------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------|-------------------------|
| Despesa Total em Saúde por Fonte e Subfunção | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Subfunções | | Recursos Ordinários - Fonte Livre | Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde | Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal | Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Estadual | Transferências de Convênios destinadas à Saúde | Operações de Crédito vinculadas à Saúde | Royalties do Petróleo destinados à Saúde | Outros Recursos Destinados à Saúde | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 301 - Atenção Básica | Corrente | 0,00 | 38.440.174,27 | 43.180.721,95 | 811.421,36 | 404.033,85 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 82.836.351,43 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 3.877.135,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.877.135,46 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Corrente | 0,00 | 167.234.255,94 | 526.917.989,87 | 1.567.939,23 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 58.279.380,28 | 753.999.565,32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 7.997.884,79 | 152.554,05 | 0,00 | 228.428,92 | 0,00 | 0,00 | 11.148.517,03 | 19.527.384,79 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 303 - Suporte Profilático e Terapêutico | Corrente | 0,00 | 7.337.342,45 | 16.203.965,46 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 527.096,02 | 24.068.403,93 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 304 - Vigilância Sanitária | Corrente | 0,00 | 0,00 | 1.637.792,69 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.637.792,69 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Corrente | 0,00 | 0,00 | 1.034.412,44 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.034.412,44 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 41.647,98 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 41.647,98 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 306 - Alimentação e Nutrição | Corrente | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outras Subfunções | Corrente | 0,00 | 665.590.136,94 | 303.780.188,03 | 6.019.824,39 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 63.238.386,60 | 1.038.628.535,96 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capital | 0,00 | 4.012.030,56 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.046.861,07 | 5.058.891,63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | 0,00 | 894.530.608,39 | 892.907.624,49 | 8.399.184,98 | 632.462,77 | 0,00 | 0,00 | 134.240.241,00 | 1.930.710.121,63 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

j. Auditorias

A partir do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SISAUD-SUS) nesse item são apresentadas as auditorias realizadas ou em fase de execução no período, bem como suas recomendações e determinações. Expressa informações sobre: nº do processo, Demandante, Órgão responsável pela auditoria, Unidade auditada, Finalidade, Status e os Encaminhamentos (recomendações e determinações).

Figura 29: Tela do item 10 - Auditorias- Relatório no DGMP

| Relatório Anual de Gestão | | | | | | |
|--|----------------|--|--|--|--|--|
| 1. Identificação | 10. Auditorias | | | | | |
| 2. Introdução | | | | | | |
| 3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade | | | | | | |
| 4. Dados da Produção de Serviços no SUS | | | | | | |
| 5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS | | | | | | |
| 6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS | | | | | | |
| 7. Programação Anual de Saúde - PAS | | | | | | |
| 8. Indicadores de Pactuação Interfederativa | | | | | | |
| 9. Execução Orçamentária e Financeira | | | | | | |
| 10. Auditorias | | | | | | |
| 11. Análises e Considerações Gerais | | | | | | |
| 12. Recomendações para o Próximo Exercício | | | | | | |
| 13. Checar Pendências | | | | | | |

| Nº do Processo | Demandante | Órgão Responsável pela Auditoria | Unidade Auditada | Finalidade | Status |
|-----------------|----------------------------|----------------------------------|------------------|------------|--------|
| 0300180018526 | Componente Estadual do SNA | HOSPITAL ERNESTO SIMOES FILHO | - | - | - |
| Recomendações | - | | | | |
| Encaminhamentos | - | | | | |

| Nº do Processo | Demandante | Órgão Responsável pela Auditoria | Unidade Auditada | Finalidade | Status |
|-----------------|----------------------------|----------------------------------|------------------|------------|--------|
| 0300170754852 | Componente Estadual do SNA | HOSPITAL GERAL DO ESTADO | - | - | - |
| Recomendações | - | | | | |
| Encaminhamentos | - | | | | |

| Nº do Processo | Demandante | Órgão Responsável pela Auditoria | Unidade Auditada | Finalidade | Status |
|-----------------|--|---|------------------|------------|--------|
| 0300180408383 | Ouvidoria Secretaria Estadual de Saúde | MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO - SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA BAHIA | - | - | - |
| Recomendações | - | | | | |
| Encaminhamentos | - | | | | |

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

k. Análises e Considerações Gerais

Esse item é composto pelo campo de “Análises e Considerações” para que sejam registradas análises importantes que a gestão queira salientar sobre o relatório como um todo. Ainda nesse item é possível anexar arquivos que possam complementar as informações.

Figura 30: Tela do item 11 - Análises e Considerações Gerais - Relatório no DGMP

Relatório Anual de Gestão

11. Análises e Considerações Gerais

Análises e Considerações

Para este ano, destacam-se algumas ações realizadas a saber: no que diz respeito a Atenção Básica destaca-se o alcance da Cobertura de Atenção Básica de 55,8% com inauguração de 15 Unidades de Saúde da Família, sendo 06 Unidades recebidas através do PROSUS. Implantação de 54 equipes de saúde, totalizando 379 equipes. Em relação à saúde bucal, destaca-se a implantação de 55 equipes totalizando 276 equipes de saúde bucal na Atenção Básica e 19,60 equipes de Saúde Bucal equivalentes, apresentando uma cobertura de 35,2%. Houve um acréscimo de 24,3% de equipes de saúde bucal da atenção básica e decréscimo de 80,3% de equipes equivalentes, em relação ao mesmo período de 2019. No que se refere aos consultórios odontológicos, houve um acréscimo de 55 novos consultórios, através da inauguração de 15 Unidades de Saúde da

Anexos

10 resultados por página

| Data do envio | Descrição | Operação |
|------------------------|--------------------------------|---|
| 30/03/2021 09:48:03 | Relatório Anual de Gestão 2020 |   |

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Anterior 1 Próximo

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

l. Recomendações para o próximo exercício

Este item está disponível apenas no RAG para que sejam informadas quais são as recomendações da gestão para o exercício seguinte. É um campo aberto para a inclusão dessas considerações.

O canal do Conasems no YouTube, em parceria com o Ministério da Saúde, fez um treinamento online sobre o Sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). O objetivo do treinamento foi apresentar todas as funcionalidades desse sistema (DGMP) e, paralelamente, discutir sobre o planejamento em saúde e sua legislação.

[Clique aqui para ter acesso!](#)



Figura 31: Tela do item 12 - Recomendações para o próximo exercício - RAG no DGMP

Relatório Anual de Gestão

1. Identificação

2. Introdução

3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade

4. Dados da Produção de Serviços no SUS

5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS

6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS

7. Programação Anual de Saúde - PAS

8. Indicadores de Pactuação Interfederativa

9. Execução Orçamentária e Financeira

10. Auditorias

11. Análises e Considerações Gerais

12. Recomendações para o Próximo Exercício

13. Checar Pendências

12. Recomendações para o Próximo Exercício

Análises e Considerações

Diante do novo cenário epidemiológico que está sendo vivenciado, assim como um novo contexto político-econômico caracterizando um cenário restritivo e desafiador; recomenda-se o exercício de revisão das metas e priorização das ações, de modo a garantir a continuidade das mesmas e potencializar as ações estratégicas para o próximo ano.

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

m. Checar pendências

Antes de encerrar o relatório e enviá-lo ao Conselho Municipal de Saúde, deve-se fazer uma revisão completa de toda a sua estrutura. É importante revisá-lo gramatical e ortograficamente, como também fazer edições para torná-lo mais objetivo, excluindo informações que não são relevantes para a análise.

O último item, no Sistema DigiSUS “Checar Pendências” aponta os itens que não foram preenchidos e permite enviar para a apreciação do conselho de saúde, além de ser possível fazer download dos arquivos no formato “PDF” ou “Excel”.

Caso haja alguma divergência em algum dado, observar qual a fonte do sistema e solicitar correção na fonte ou através do “Fale conosco”.

Figura 32: Tela do item 13 - Checar pendências - RAG no DGMP

Relatório Anual de Gestão

1. Identificação
2. Introdução
3. Dados Demográficos e de Morbimortalidade
4. Dados da Produção de Serviços no SUS
5. Rede Física Prestadora de Serviços ao SUS
6. Profissionais de Saúde Trabalhando no SUS
7. Programação Anual de Saúde - PAS
8. Indicadores de Pactuação Interfederativa
9. Execução Orçamentária e Financeira
10. Auditorias
11. Análises e Considerações Gerais
12. Recomendações para o Próximo Exercício
- 13. Checar Pendências**

Relatório Pdf Relatório Excel

Fonte: Sistema DGMP. Acesso em: 03 Mai 2021.

Após o envio ao conselho de saúde CMS, os formulários ficam bloqueados para edição. O CMS em seu perfil, visualiza todos os itens do RDQA e do RAG, e, necessariamente, precisa se manifestar em todos os itens do relatório (exceto itens 1 e 2), além de emitir Parecer, no caso do RAG, e inserir Análises e Considerações Gerais, no caso

do RDQA (item 13). O RAG pode ser aprovado, aprovado com ressalva, reprovado ou retornado para ajuste, via sistema. Cabe também, ao conselho de saúde, anexar a resolução de apreciação aprovada em Plenário.

Importante lembrar que após envio ao CMS, mesmo bloqueados para edição, os formulários podem ser consultados pelo gestor, sendo possível também fazer o download (baixar o arquivo) dos relatórios em formato PDF.

DICA! Ao seguir os passos aqui explicados, você saberá fazer um relatório de gestão completo e eficiente, bem como saberá como utilizá-lo para tomar as melhores decisões, e mudar os rumos do planejamento, caso necessário, otimizando os resultados.

Para saber mais...

Dúvidas e todo o passo a passo sobre a elaboração do RDQA e RAG. Salienta-se que ao longo de cada um dos itens do RDQA e RAG é possível a inclusão de imagens e tabelas, além de outros recursos, que possam agregar mais informações das bases de dados locais, uma vez que o DGMP apenas apresenta informações das bases nacionais.

Ver capítulo 12 “Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão” do Manual do Usuário do DigisUS Gestor - Módulo Planejamento:

4.2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com essa nova forma de organizar e apresentar as informações através do DGMP, procura-se valorizar uma sequência lógica e interligada entre os instrumentos de planejamento do SUS, dando mais agilidade na apresentação de informações pelo gestor, entregando para a gestão e para a sociedade meios de acompanhar o resultado das políticas públicas de saúde.

Esse sistema de planejamento e gestão auxiliará na elaboração dos instrumentos de planejamento, utilizando diferentes fontes, reunindo diversas informações com objetivo de fornecer relatórios claros, objetivos e reais. Com essa tecnologia, o gestor e a equipe técnica conseguirá obter todas as informações necessárias para o seu relatório de gestão, o que acelera na sua elaboração, bem como evita que erros sejam cometidos ou dados equivocados sejam utilizados.

Nesse sentido é importante salientar que o monitoramento e a avaliação dos bancos de dados favorecem identificar se há algum dado divergente, sinalizando nos campos de análises e considerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Saúde Legis. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS. Saúde Legis. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt0750_06_05_2019.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. 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 de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 24 fev 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. **Manual do usuário: DigiSUS gestor: módulo planejamento [recurso eletrônico]**/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. - Brasília : Ministério da Saúde, 2021a. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Coordenação-Geral de Fortalecimento da Gestão dos Instrumentos de Planejamento do SUS. Boletim Informativo: Situação dos Instrumentos de Planejamento - Maio, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde: Brasília, 2006, 76 pp.

CERQUEIRA, S.C.C. O CONASS e as linhas de construção do SUS: Análise Política no período 2006-2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2019. 198f e apêndices

VIANA, AL et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 18 (suplemento): 139-151, 2002

VILASBOAS, A. L.Q. Prática de planejamento e implementação de Políticas de Saúde no âmbito municipal. Salvador, 2006.129 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.



5

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

Apesar da pilha de papel em cima da mesa, que deixava Maria de Lourdes preocupada, chega uma boa notícia!

A aprovação do Plano Municipal de Saúde.

Porém, com o entendimento do DigiSUS ela percebeu que deixou passar o SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde.

O SIOPS... preciso entender melhor esse sistema para garantir que os recursos sejam bem aplicados. Isso vai fazer toda a diferença

Maria de Lourdes então se dirigiu ao escritório dos técnicos do Fundo Estadual de Saúde da Bahia- FESBA

Olá, é um prazer conhece-los!

Eles são especialistas no SIOPS

Ela é recebida por dois técnicos, José e Rita

José e Rita! Eu preciso de ajuda. O SIOPS pode ser a chave para uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde, mas ainda não consigo entender como utilizá-lo corretamente.



Vamos te explicar tudo, Lourdes! O SIOPS é essencial para monitorar o uso do dinheiro público na saúde. Ele ajuda os gestores a planejar e controlar os gastos do SUS, de forma transparente e eficiente.



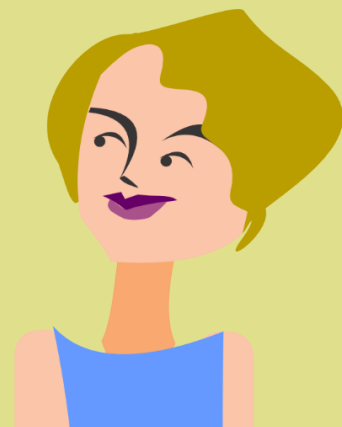
Aqui no SIOPS, você consegue ver quanto foi destinado para cada área da saúde! E mais importante: é possível verificar se esses recursos estão sendo bem aplicados, garantindo que não haja desvios.



Sim, e isso é muito importante para gestão municipal, porque garante que o dinheiro da saúde chegue onde mais precisa.



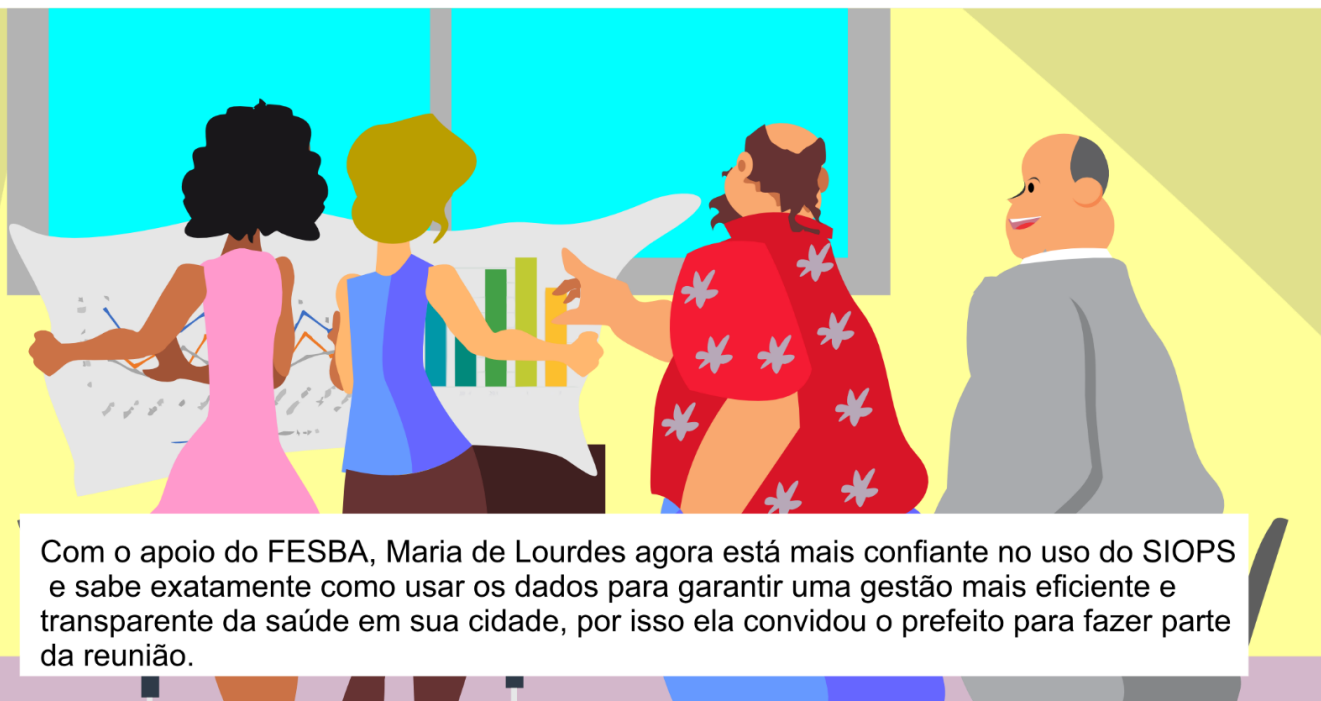
Incrível!



Agora entendi! O SIOPS permite uma visão clara e completa dos gastos da saúde, o que facilita o controle social. Já vou marcar com o presidente do CMS!

Exatamente ! E quando você faz um bom uso dessa ferramenta , pode tomar decisões mais precisas, melhora a alocação dos recursos e até melhora a qualidade do atendimento à população.

Os cidadãos podem cobrar mais transparência e, assim, todos ganham.



Com o apoio do FESBA, Maria de Lourdes agora está mais confiante no uso do SIOPS e sabe exatamente como usar os dados para garantir uma gestão mais eficiente e transparente da saúde em sua cidade, por isso ela convidou o prefeito para fazer parte da reunião.

Agora podemos garantir que os recursos sejam bem aplicados, promovendo melhorias reais para a população.

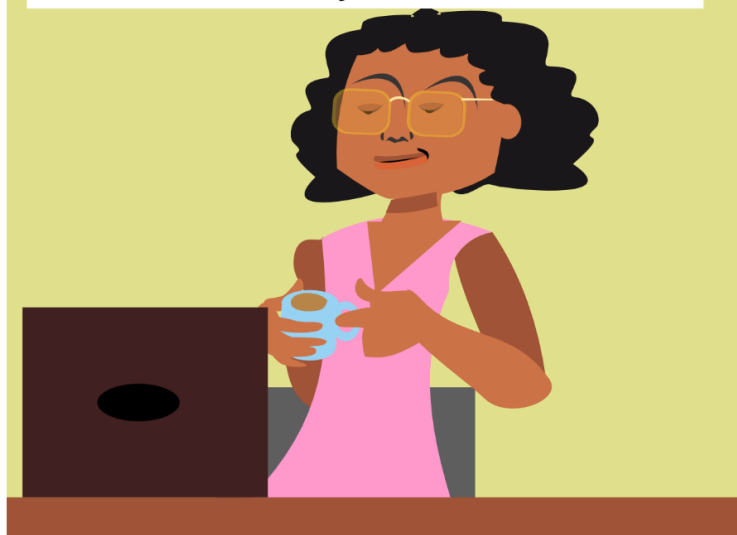
Vamos fazer uma gestão com transparência, obrigado Lourdes!



Maria de Lourdes iniciou o planejamento para que todos os técnicos da SMS: Secretaria Municipal de Saúde...



...pudessem aprender sobre o SIOPS e sua importância, focando, principalmente, nos profissionais que trabalham no Fundo Municipal de Saúde, quanto mais capacitados estiverem, melhor será sua atuação.



No município de Caldas de São Joaquim, a secretária de saúde, Maria de Lourdes, consultou técnicos do Fundo Estadual de Saúde a respeito do preenchimento e envio dos dados do SIOPS. Ela foi informada que ela, o Prefeito e técnicos designados para operar o sistema, precisam ser cadastrados no portal SIOPS (https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/servicos/funcionalidades_restritas). Para isso, o Prefeito e seu substituto, bem como Maria de Lourdes e seu substituto, obrigatoriamente, deverão realizar a Certificação Digital. E no seu município, você já realizou a certificação digital?

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – é uma ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999) com o objetivo de coletar, organizar e disponibilizar informações sobre os gastos públicos na área da saúde. Ele consolida os dados relativos às receitas totais e às despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O SIOPS oferece informações detalhadas sobre receitas e despesas de saúde nos níveis municipal, estadual e federal, tornando-o um recurso crucial para entender o financiamento da saúde pública (LIMA et al., 2006). Ao facilitar a análise das tendências orçamentárias e da alocação de recursos, o SIOPS promove a transparência, permitindo que as partes interessadas examinem os gastos com saúde pública (Silva et al., 2025). O sistema incentiva o uso de dados para a tomada de decisões informada, reforçando assim os princípios dos direitos de cidadania e da responsabilidade pública (FELICIANO et al., 2020).

Essa centralização de informações permite não só o monitoramento do cumprimento do percentual mínimo legalmente exigido para os investimentos em saúde (conforme a Lei Complementar nº 141/2012), mas também fornece subsídios importantes para o planejamento, a gestão, a avaliação e a formulação de políticas públicas de saúde, contribuindo para o controle social e a transparência na aplicação dos recursos públicos.

A finalidade do SIOPS é múltipla. Ele foi concebido para:

- Facilitar a verificação e o acompanhamento da aplicação dos recursos mínimos destinados à saúde;
- Subsidiar a tomada de decisões pelos gestores, por meio de dados consolidados que ajudam na identificação de eventuais irregularidades e na promoção de melhorias na gestão dos recursos;
- Servir de instrumento de transparência, permitindo que órgãos de controle, conselhos de saúde, cidadãos e demais interessados acompanhem como cada ente federativo investe na saúde;

- Promover a integração e o intercâmbio de informações entre os diversos entes e instituições envolvidos na gestão e fiscalização dos recursos públicos.

O sistema foi desenvolvido, sobretudo, para os gestores públicos – como chefes do executivo, gestores de saúde, contadores e técnicos responsáveis pelo preenchimento e envio dos dados – mas também beneficia órgãos de controle (Tribunais de Contas, Ministério Público, entre outros), conselhos de saúde e a própria sociedade, que passa a ter acesso facilitado a informações essenciais sobre a aplicação do dinheiro público.

Para saber mais...

Prefeitos e substitutos precisam do certificado digital porque serão responsáveis pelo cadastro no SIOPS do secretário de saúde, responsável pela homologação de dados sobre receitas e despesas com saúde. Os dados declarados e homologados pelos gestores passam a ter fé pública para todos os fins legais, incluindo a aplicação mínima constitucional de recursos em saúde.

O secretário de Saúde é o responsável pelo cadastro de perfil de usuário dado a servidor que recebe automaticamente por e-mail a senha para operação, envio e acesso ao módulo de gestores.

No caso de mudança do prefeito fora do período eleitoral normal, o chefe do Poder Executivo em exercício enviará para siops@saude.gov.br, ofício assinado com firma reconhecida, endereçado ao SIOPS/DESID/SE/MS, informando nome completo; CPF; e-mail; telefone de contato do novo prefeito; cópia da Ata ou Termo de Posse e Diploma autenticados em Cartório, para fins de atualização das informações cadastrais.

Todas as pessoas indicadas pelo prefeito anterior perdem o acesso ao SIOPS, até que o novo chefe do Executivo cadastre o secretário de saúde e este cadastre o servidor responsável pelo preenchimento /envio dos dados, mesmo que permaneçam as mesmas pessoas.



Novos prefeitos e prefeitas do Brasil

Façam o seu cadastro no SIOPS!

Basta enviar seu nome completo, CPF, e-mail, telefone e o termo ou ata de posse/diploma para: siops@saude.gov.br com o assunto: "Cadastro de novos gestores no SIOPS".

Obs: A atualização não é necessária em caso de reeleição.

Certificado digital

Indicadores

Publicações

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória, devendo ser declarados a cada dois meses com especial atenção ao sexto bimestre, quando são informados os dados acumulados no período de um ano, e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis geradas e mantidas pelos diferentes entes federados. (BRASIL, 2024) Legalmente, os entes devem declarar a aplicação em ASPS até 30 de janeiro do ano seguinte, com prazo adicional de mais 30 dias, caso contrário, estará sujeito à suspensão das transferências voluntárias e constitucionais até sua regularização.

Os dados informados são organizados e disponibilizados na internet, no endereço [https:// www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops) sob a forma de diversos tipos de consultas e relatórios. No intuito de orientar os gestores e profissionais envolvidos com o planejamento no manuseio do SIOPS, o Ministério da Saúde disponibiliza a Cartilha do SIOPS (Brasil, 2024), o qual apresenta detalhadamente todo o passo a passo para inserção das informações nesse sistema.

O SIOPS apresenta as seguintes características:

| | |
|------------------------|---|
| Natureza | Natureza declaratória, ou seja, os dados são inseridos pelo declarante. A equipe gestora Siops não tem autonomia para inserir dados no sistema. |
| Semelhante ao IRRF | Sistemática semelhante ao do IRPF, ou seja, o usuário procede com o download do sistema, preenche as informações e envia ao banco de dados do Siops |
| Alimentação bimestral | Alimentação bimestral, ou seja, deve ser enviado bimestralmente ao banco de dados Siops |
| Declaração obrigatória | A partir de 2013, com a publicação da LC 141/2012, passou a ser obrigatória a homologação no sistema |
| Emissão de RREO | Após homologados os dados no módulo de gestores, fica público, na página do Siops, o Anexo XII do RREO |
| Cadastro de perfis | Cadastramento de vários perfis, ou seja, é necessário o cadastro do chefe do executivo, do gestor de saúde e o contador ou técnico responsável pelo preenchimento e envio de dados ao Siops |
| Envio de dados | Etapas: envio e homologação de dados, ou seja, não basta transmitir os dados, é obrigatória a homologação de dados no Siops pelo gestor de saúde com certificação digital |
| Certificação digital | A partir de 2013 passou a ser obrigatória a utilização do certificado digital para acesso a funcionalidade restrita do sistema |
| Enseja penalidades | A ausência de declaração de dados de exercício (6º bimestre) enseja a penalidade de bloqueio das transferências constitucionais e legais (FPM/FPE) e a não aplicação do percentual mínimo legal com recursos próprios acarreta a penalidade de condicionamento do FPM/FPE, conforme estabelece a LC 141/2012 e o Decreto n.º 7.827/2012 |

Para saber mais...

Para acessar o SIOPS, siga os passos abaixo:

1. Acesse a página oficial do SIOPS através do endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>
2. Faça o download do sistema e do arquivo de estrutura disponíveis na página. É importante utilizar um navegador compatível (como o Internet Explorer ou o Edge em modo de compatibilidade com o IE) para garantir o funcionamento adequado.
3. Realize o preenchimento das diversas pastas do sistema, inserindo as informações solicitadas e verificando eventuais inconsistências (críticas) que possam ser apontadas pelo sistema.
4. Transmita os dados através do sistema utilizando a senha do responsável cadastrado para o envio, garantindo que todas as informações sejam enviadas de forma correta.
5. Homologue os dados transmitidos utilizando o certificado digital, que confere validade jurídica às informações declaradas. Somente após a homologação os dados são considerados oficialmente enviados.
6. Por fim, consulte os relatórios gerados – principalmente o Anexo XII do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO) – que ficam disponíveis na página do SIOPS para acompanhamento e verificação da aplicação dos recursos.

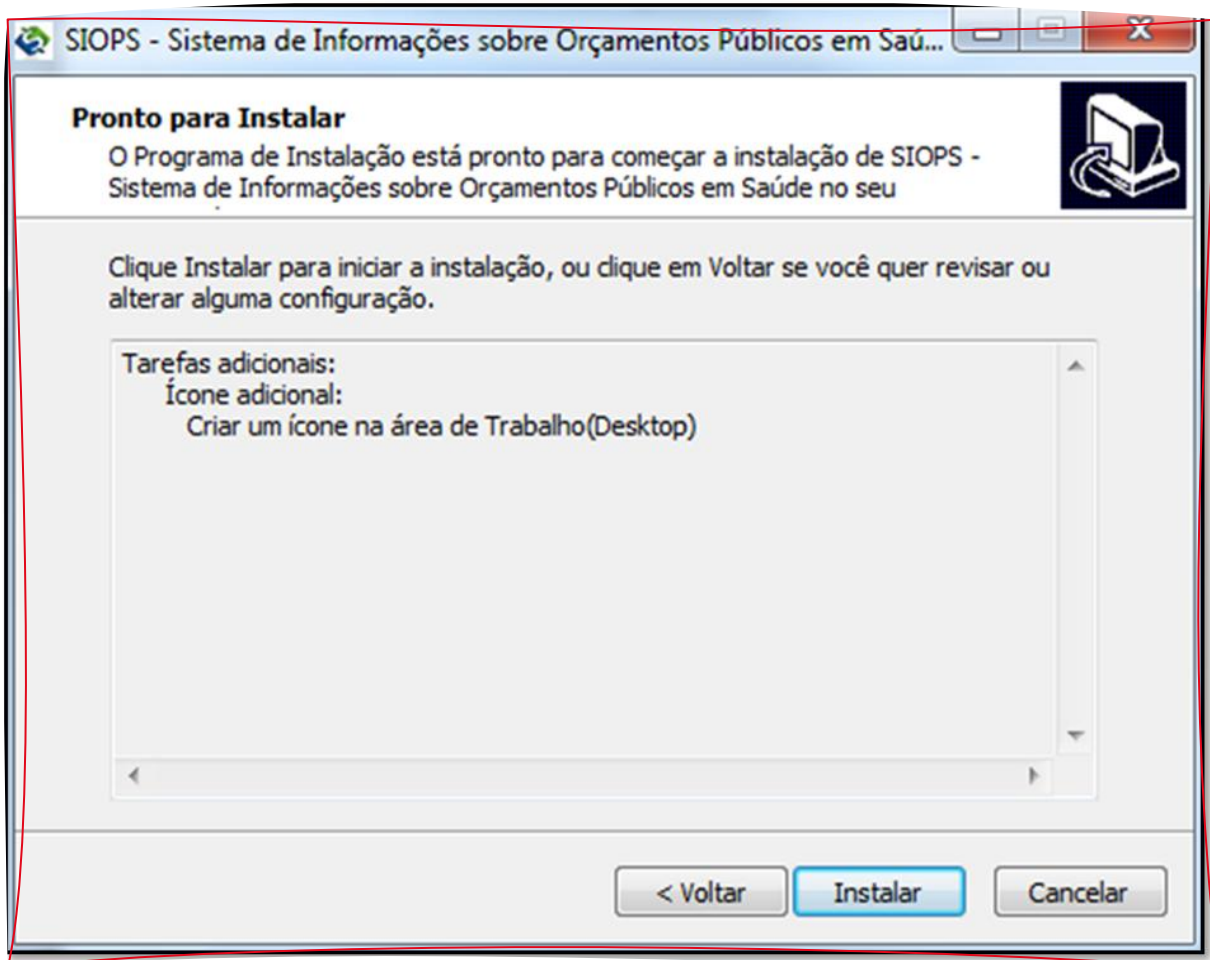
Este conjunto de etapas assegura não apenas a correta inserção e validação dos dados, mas também contribui para a transparência e o controle social dos investimentos em saúde, cumprindo o papel essencial do SIOPS na gestão dos orçamentos públicos em saúde.

Ferramenta de coleta e organização dos dados sobre receitas totais e despesas com Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS, o sistema possibilita declaração bimestral desses e outros dados, relacionados ao orçamento e sua execução, demonstrando o financiamento da saúde pública, em compatibilidade com as informações produzidas pela contabilidade do ente, gerando, após homologado os dados pelo gestor do SUS, no módulo de gestores, demonstrativo de despesas com saúde – Anexo XII do RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária, tornando possível a consolidação desses dados em instância superior, evidenciando os recursos globais destinados ao SUS no Brasil.

O sistema auxilia a gestão pois o monitoramento contribui para o fortalecimento do planejamento e da avaliação das políticas públicas de saúde, proporcionando maior efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis; permite acesso externo a dados para pesquisas acadêmicas; intercâmbio de dados e experiências entre os entes federados e do controle social, pela divulgação da transparência ao destino dado ao dinheiro público.

A liberação do sistema para preenchimento dos programas bimestrais requer atualização cadastrais dos perfis (chefe do Poder Executivo, Secretário de Saúde, e respectivos substitutos, e usuário, este acessa o portal SIOPS (<https://www.gov.br/saude/pt-nr/acesso-a-informação/siops>), realiza o download do sistema desktop e baixa um arquivo de estrutura de preenchimento (XML), em extensão OPSX.

Para utilização do SIOPS é necessário ter a instalação na máquina a aplicação: JAVA SE RUNTIME ENVIRONMENT 8 disponível em: https://java.com/pt_BR/download Após executar o download do sistema de preenchimento, será criado no disco C de sua máquina uma pasta chamada Siops no seguinte caminho: c/arquivosdeprograma/siops, onde serão armazenadas todas as informações inseridas no sistema de preenchimento. Ao executar o download do sistema de preenchimento, inicia-se a instalação.



O sistema se estrutura por barra com menu de opções e sub opções, visualizadas e navegadas com clics sobre elas; pastas e subpastas, visualizadas com clics nas setas das pastas, e à esquerda do nome das subpastas.

Nas pastas do sistema de preenchimento são identificados dados gerais a respeito dos responsáveis pelas informações de receitas e despesas das instituições e gestores do SUS; informações adicionais relativas ao Fundo de Saúde e ao Conselho de Saúde.

Na opção Pastas são informados valores de receitas em todos os seus estágios e informações complementares e analíticas de receitas vinculadas à saúde por fontes; valores de despesas em todos os seus estágios, contendo subpastas para identificação da execução das despesas por cada fonte de recurso, despesas custeadas com Restos a Pagar cancelados limite não cumprido, e pastas e subpastas para informação da despesa por fonte e Restos a Pagar, disponibilidade de caixa, despesa por funções e subfunções, despesas com contratos de rateio, etc.

Em razão da quantidade de planilhas para preenchimento de dados de receitas; despesas, em suas várias classificações disponibilidades, entre outras, é possível 02 usuários cadastrados, em máquinas diferentes e de forma simultânea, procederem a digitação de dados, sendo um, digitando dados de receita e outro de despesa, acessando o menu DADOS GERAIS.

O usuário deve informar quem está preenchendo as informações no sistema referentes a receita e a despesa.

Responsáveis pelas Informações

Receita Despesa

Nome:

CPF/CNPJ:

E-mail:

Telefone:

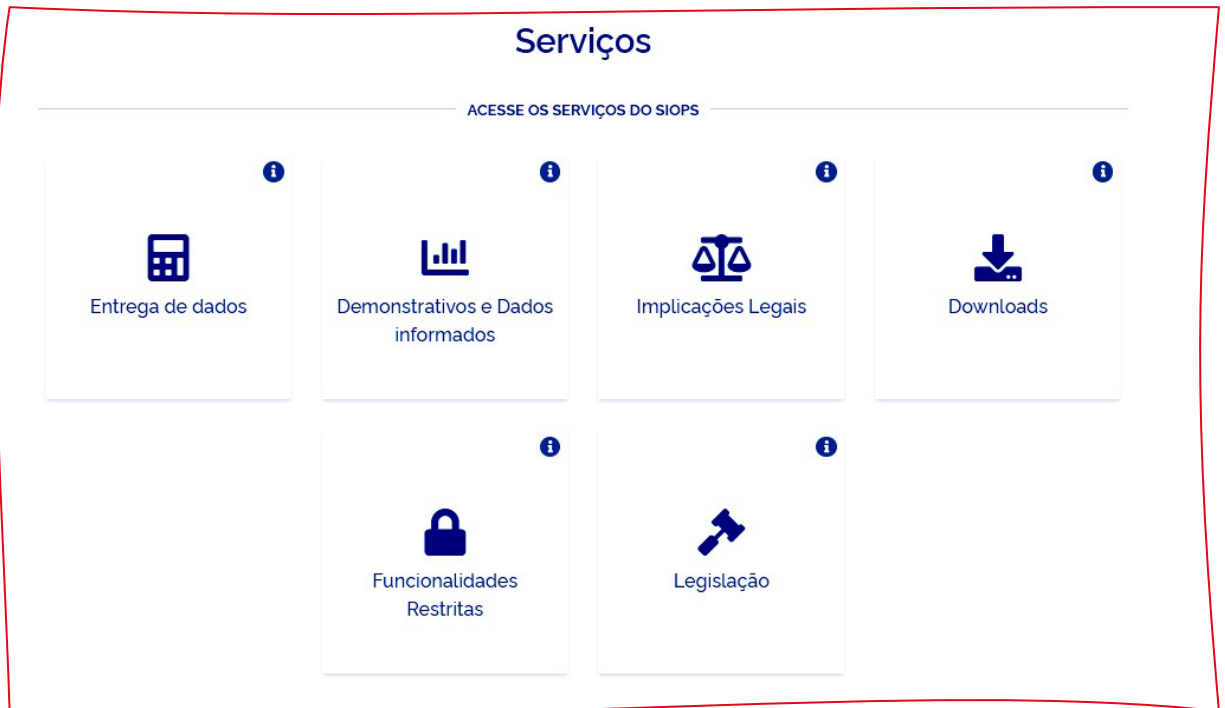
Para o preenchimento das planilhas das pastas, os usuários devem ter informações gerais para confirmação e/ou identificação no sistema sobre dados do chefe do Poder Executivo; gestor do SUS; do Fundo de Saúde; do Conselho de Saúde e seus membros por segmentos, e Consórcios Públicos.

Para o preenchimento das planilhas de dados orçamentários, financeiros, disponibilidades etc., os usuários devem ter a mão, demonstrativos extraídos do sistema contábil, contemplando os seguintes relatórios:

- Previsão e Execução da Receita Orçamentária total e consolidada do município – Relatórios/Demonstrativos com codificações de natureza da receita atualizada, conforme Matriz de saldos contábeis;
- Previsão e Execução da Despesa Orçamentária do Fundo Municipal de Saúde – Relatórios/Demonstrativos das despesas realizadas na função 10 – Saúde, expressando:
 - As fontes de financiamentos (de onde vieram os recursos para realizar as despesas com saúde?);
 - Em que área a ação governamental será realizada? (Identificação das subfunções administrativas e vinculadas);
 - Qual a categoria econômica? grupo de natureza da despesa? modalidade de aplicação? elemento de despesa e subelementos de despesa?
 - Disponibilidades de caixa em 31/12, por fontes, constante no Fundo e nos Consórcios, com saldos suficientes para pagamento dos Restos a Pagar;
 - Execução financeira dos Restos a Pagar por ano e fonte, pagos e cancelados;
 - Execução da despesa por Contrato de Rateio – o sistema verifica os valores lançados nas modalidades de aplicação 71, 73 e 74 e abate da despesa total com saúde, logo, o usuário deve demonstrar a execução da despesa por subfunção e fonte dos Consórcios por Contrato de Rateio, em planilha específica por consórcio cadastrado, na forma do art. 11, § 2º da Portaria STN 274/2016:
- § 2º A fim de eliminar duplicidades na elaboração dos demonstrativos enumerados no caput, não deverão ser computadas as despesas executadas pelos entes da Federação consorciados na modalidade de aplicação referente a transferências a consórcios públicos em virtude de contrato de rateio.

Após preenchimento de todas as tabelas, conferência dos dados e eliminação das críticas impeditivas decorrentes de erros ou inconsistências de preenchimento, o usuário deverá executar a transmissão de dados do SIOPS, fazendo download do sistema transmissor “SiopsNET” que tem como finalidade validar e transmitir os dados a partir do arquivo gerado, assim:

- Download do sistema SIOPS no portal: [https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao /SIOPS](https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/SIOPS), acessando a pasta SERVIÇOS/ENTREGA DE DADOS;



Fonte: BRASIL, 2024

- Seleção do instalador do programa SiopsNET e execução do download;

SISTEMAS

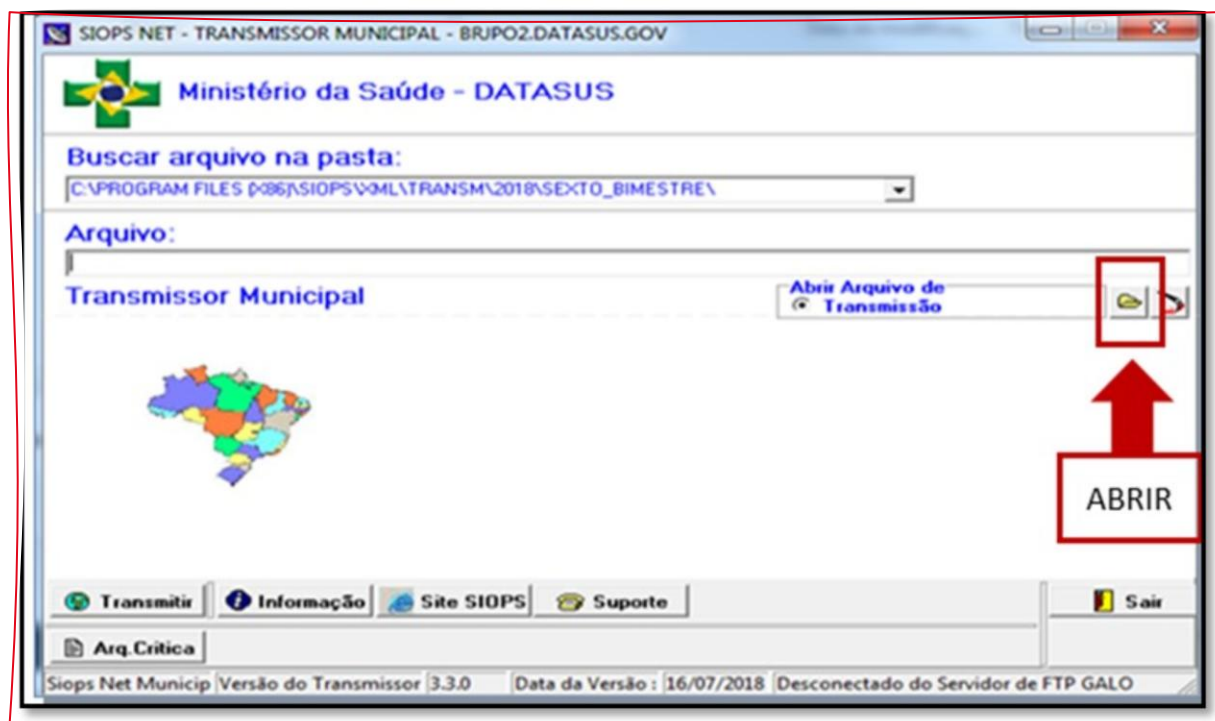
ANOS ANTERIORES:

Versão SIOPS a partir de 2018

| Instalador | Arquivo Único | Versão | Data de Lançamento | Atualização em | Manual | Tutorial | Observações |
|------------|---------------------------------------|--------|--------------------|----------------|---|------------------------------------|-----------------------|
| 32 bits | InstaladorSiops32.exe | 6.4.0 | 03/05/2018 | 08/04/2021 | Cartilha 2018 2019 2020 | Tutorial de download do SIOPS 2018 | Versão de Transmissão |
| 64 bits | InstaladorSiops64.exe | 6.4.0 | 03/05/2018 | 08/04/2021 | | | Versão de Transmissão |

Fonte: BRASIL, 2024

- Seleção do arquivo de transmissão de extensão TRM, clicando em Transmitir.



Fonte: BRASIL, 2024

Fique Atento!

Em situações em que o usuário não consegue salvar o arquivo TPM, entre em contato com a equipe gestora do SIOPS. Críticas impeditivas de transmissão não sanadas pelo usuário por inconsistência do sistema, inviabiliza a transmissão, devendo o usuário enviar mensagem eletrônica para siops@saude.gov.br, anexando o arquivo de dados do bimestre.

Sanadas todas as críticas impeditivas, tanto de preenchimento quanto de sistema, o usuário transmite o arquivo e o Recibo de Entrega é visualizado no transmissor como um aviso. A homologação se dá após 24 horas da transmissão dos dados. O Gestor em posse do seu certificado digital "token" vai até as seguintes opções no site do SIOPS (www.siops.datasus.gov.br).

1. Funcionalidades restritas
2. Tipo de Usuário Módulo do Gestor
3. Municípios (Acesso ao Módulo do Gestor – Com certificado digital)

4. Homologação Homologar Dados
5. Seleção (ano e bimestre) a ser homologado.
6. No final do RREo fica a opção de homologação, será necessário o certificado digital "token".



Importante!!!

Verificadas inconsistências de informações transmitidas e homologadas, o gestor da saúde tem autonomia para solicitar a retransmissão de dados no SIOPS.

Arquivo transmitido e informações homologadas pelo gestor da saúde, todos os dados digitados nas planilhas integrarão relatórios disponíveis no sistema, e de acesso público, com destaque para o Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO – Anexo XII.

Este relatório, composto de vários quadros, identifica as receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais, base para a apuração do valor correspondente ao percentual mínimo de 15% destas, para aplicação em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS, conforme Lei Complementar 141/12:

(...)

Art. 7o Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea b do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

O relatório apresenta quadro demonstrativo da despesa por subfunção realizada com recursos de impostos e transferências vinculados à ASPS, e a apuração da razão entre o valor dessas receitas e despesas, identificando o percentual e valor aplicado, como também percentual e valor que deixou de ser aplicado em ASPS pelo município.

Outros quadros identificam receitas de outras fontes e entes que também financiam a saúde pública, transferidas pela União/Fundo Nacional de Saúde: blocos de financiamentos do SUS, convênios, emendas parlamentares, etc.; receitas patrimoniais; operações de crédito, e outras receitas, assim como quadro das despesas por subfunções financiadas com esses recursos, não considerados no cálculo do mínimo; quadros demonstrativos de inscrição, pagamentos, cancelamentos e saldos de Restos a Pagar; da disponibilidade por fonte, para quitação dos Restos a Pagar inscritos e remanescentes no último bimestre, bem como quadro consolidado das despesa totais realizadas com saúde pública municipal no exercício financeiro.

Acessando o sistema SIOPS no endereço: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>, qualquer pessoa pode consultar indicadores de qualquer ente federado, e realizar consultas por fase da despesa e acessar a série histórica de indicadores utilizando a ferramenta de tabulação TABNET, e ainda ter acesso a Notas Técnicas sobre o tema.

The screenshot shows the web interface for the SIOPS indicators system. At the top, there is a navigation bar with the 'gov.br' logo, 'Governo Federal', and links for 'Órgãos do Governo', 'Acesso à Informação', 'Legislação', and 'Acessibilidade'. A search bar is present with the placeholder text 'O que você procura?'. Below the navigation, the breadcrumb trail reads: 'Ministério da Saúde > Acesso à Informação > Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde > Indicadores'. The main heading is 'Indicadores'. A descriptive paragraph states: 'Nesta página é possível consultar os indicadores da União, Estados e Municípios. Além disso, permite realizar consultas por fase da despesa e acessar a série histórica de indicadores utilizando a ferramenta de tabulação TABNET.' Three main action buttons are displayed: 'Consulta por Ano', 'Consulta por Fase da Despesa', and 'Série Histórica de Indicadores'. Below these, there are two columns: 'Estados e Distrito Federal' and 'Municipios'. Each column lists the same three options: 'Consulta por Ano', 'Consulta por Fase da Despesa', and 'Série Histórica de Indicadores'. A 'Notas técnicas' button is located to the right of the 'Municipios' column. The page is framed by a red border.

Objetivando garantir que pessoas, organizações e sistemas computacionais interajam e troquem informações, o sistema SIOPS se comunica com outros atores, a exemplo do Banco do Brasil, do sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) e com o Sistema de Informações sobre Requisitos Fiscais (CAUC).

Com o Banco do Brasil (BB) – o SIOPS troca informação com o Banco, quando o ente federado se enquadra nas condições para a suspensão das transferências por não homologação das informações do 6º bimestre relativas à receita total e despesas em ASPS no SIOPS e a não comprovação da efetiva aplicação do montante que deixou de ser aplicado em exercícios anteriores, por meio do SIOPS.

Todas as vezes que o BB processar ou não o condicionamento, retornará à informação ao SIOPS, para fins de monitoramento do montante redirecionado à conta específica vinculada ao fundo de saúde local. Da mesma forma, quando da ocorrência de uma das condições que determinam a suspensão das transferências constitucionais, o SIOPS identifica o ente da Federação e repassa a informação ao sistema do BB, de forma a operacionalizar a suspensão.

Pela interoperação do SIOPS com o sistema DGMP é possível importar informações de execução orçamentária e financeira. Os relatórios quadrimestrais e o relatório de gestão têm diversos campos preenchidos previamente de outras bases tais como CNES, IBGE, FNS e do SIOPS. A interoperação do SIOPS com o DGMP ocorre em relação aos seguintes dados: dados de gestores do SUS; dados do conselho de saúde; anexo 12 do RREO; indicadores; despesa por fonte, categoria econômica e subfunção, e recursos e gastos COVID-19.

Com o CAUC – o SIOPS repassa automaticamente à base de dados do CAUC informações de todos os entes federados, no que diz respeito a não aplicação do percentual mínimo em ASPS e descumprimento do prazo de transmissão e homologações dos dados bimestrais, ou por não declarar ter aplicado o montante que deixou de ser aplicado em exercício anterior. Ocorrendo tais infrações, paralelamente será disparado o procedimento de redirecionamento/condicionamento das transferências constitucionais e, conseqüentemente, o ente federado terá a suspensão das transferências voluntárias.

Para saber mais...

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Economia e Desenvolvimento, tem produzido cartilhas (atualizadas anualmente) com orientações mais detalhadas sobre o sistema, o preenchimento das planilhas, o cadastramentos de perfis e a apuração de percentuais e relatórios do SIOPS e que podem ser acessados em bvsms.saude.gov.br ou no sitio eletrônico: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops>.

Apesar dos avanços do sistema, alguns desafios permanecem a exemplo da irregularidade na entrada de dados pelos gestores municipais de saúde, o que pode dificultar a plena utilização do SIOPS como ferramenta de gestão (SILVA et al., 2010). Isso indica que, embora o SIOPS tenha melhorado a transparência, esforços contínuos são necessários para garantir o gerenciamento e o uso consistentes dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 fev. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em: 19 fev. 2025. BRASIL.

BRASIL. Lei Complementar n.º 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 de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php>. Acesso em: 19 fev. 2025. BRASIL.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Portaria STN n.º 274, de 13 de maio de 2016. Estabelece normas gerais de consolidação das contas dos consórcios públicos a serem observadas na gestão orçamentária, financeira e contábil, em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal. Brasília, DF: STN, 2016. Disponível em: http://sisweb.tesouro.gov.br/apex/cosis/thot/obtem_arquivo/8878:288096:inline:7281810136339. Acesso em: 19 FEV. 2025. BRASIL.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 19 fev. 2025. BRASIL

BRASIL. Decreto n.º 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em: 19 FEV. 2025. BRASIL. 2025

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de contabilidade aplicada ao Setor Público: aplicado à união, estados, municípios e DF. 10. ed. Brasília, DF: STN, 2023. Disponível em: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/mcasp. Acesso em: 19 FEV. 2025. BRASIL

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico - Industrial da Saúde. Departamento de Economia e Desenvolvimento em Saúde. SIOPS Cartilha de instrução ao preenchimento 2024. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/siops>. Acesso em: 19 fev. 2025. BRASIL

Por aqui, nós conseguimos! Trabalho em equipe,
um pouco de paciência e muita persistência
foram essenciais aqui no nosso município.

Agora é com vocês!!!





APÊNDICES

Ofício: Documento expedido por Secretários Municipais para autoridades de mesma hierarquia; expedido para e pelas demais autoridades; e expedido entre unidades administrativas de um mesmo órgão (BRASIL, 2018⁸).

Modelo:

| |
|---|
| <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXX SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE GABINETE DO SECRETÁRIO</p> |
| <p>OFÍCIO Nº XX/Ano/SMS/GS</p> |
| <p>Local, Dia de Mês de Ano.</p> |
| <p>Ao Senhor Diretor/Coordenador</p> |
| <p>Solicito a designação de dois servidores de cada setor desta Diretoria/Coordenação para compor a Comissão de elaboração do Plano Municipal de Saúde de (nome do município) de 2022 a 2025.</p> |
| <p>É importante que o servidor tenha habilidade para desenvolvimento do trabalho, considerando a necessidade de mobilização dos demais profissionais do setor.</p> |
| <p>Atenciosamente,</p> |
| <p>Dia/Mês/Ano</p> |
| <p>Assinatura do Secretário Municipal de Saúde</p> |

⁸Brasil. Presidência da República. Casa Civil Manual de redação da Presidência da República / Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos ; coordenação de Gilmar Ferreira Mendes, Nestor José Forster Júnior [et al.]. – 3. ed., rev., atual. e ampl. – Brasília: Presidência da República, 2018. 189 p

Portaria: é o instrumento pelo qual o secretário ou outras autoridades expedem instruções sobre a organização e o funcionamento de serviço, sobre questões de pessoal e outros atos de sua competência (BRASIL, 2018).

Modelo:

PREFEITURA MUNICIPAL DE XXXXX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA nº/ano

Designar os servidores municipais para compor a Comissão de elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período 2022-2025.

O Secretário Municipal de Saúde de (nome do município), no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto nos Artigos 198 e 200, da Constituição Federal de 1988, que definem os princípios de organização do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de elaboração do Plano Municipal de Saúde para o período 2022 a 2025, conforme estabelecido através das Leis nº. 8.080/90, nº. 8.142/90 e nº 141/2012;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os servidores municipais relacionados a seguir para compor a Comissão responsável pela elaboração do Plano Municipal de Saúde de (nome do município) de 2022 a 2025.

a. (Nome/Cargo/função);

b. (Nome /Cargo/função);

Art. 2º Esta Comissão será responsável por organizar e executar o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, sob a Coordenação Geral de _____.

Art. 3º Esta portaria entrará em vigor na data da sua publicação.

Gabinete do Secretário, Dia/Mês/Ano

Assinatura do Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE C - Modelo de Resolução

Resolução: decisões deliberativas de caráter normativo, bem como as de caráter contencioso administrativo (TSE,2021⁹).

Modelo:

Resolução CMS nº 29, de abril de 2021.

Aprova o novo Plano Municipal de Saúde de (nome do município) para o quadriênio 2022 a 2025.

O Pleno do Conselho Municipal de Saúde de (nome do município), em sua 234ª Reunião Ordinária, realizada em 14 de abril de 2022, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei Municipal n.º xxx de xx de xxxx de xxx; e

Considerando as diretrizes e princípios para a consolidação do Sistema Único de Saúde, art. 196 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a universalidade, integralidade, equidade, hierarquização e controle social;

Resolve:

Art. 1º Aprovar o Plano Municipal de Saúde de (nome do município) para o quadriênio 2022 a 2025.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Dia/Mês/Ano

Assinatura do presidente do Conselho Municipal de Saúde

⁹TSE. Legislação. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/legislacao-tse/> Acesso em: 24 de maio de 2021.

Secretaria Municipal de Saúde de XXXXXX

Gabinete da Secretaria

Município, xx de xx de 2021

À Assessoria de Planejamento e Gestão da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia –
APG/SESAB

Assunto: solicitação de cadastro de usuários no DigiSUS-GMP

Considerando a Portaria GM/MS nº 750, de 29 de abril de 2019, que altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, instituindo o sistema DigiSUS Gestor- Módulo Planejamento - DGMP no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Considerando que o DGMP é um sistema de informação de uso dos estados e municípios para o registro e monitoramento dos instrumentos de planejamento em saúde, quais sejam: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), incluindo-se também a Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Considerando os tipos de perfis de acesso no DGMP e suas diferentes funcionalidades, encaminhamos a seguir os nomes completos, CPF, e-mails, telefones e tipos de perfil a serem informados no momento da solicitação do cadastro pelos responsáveis pelo sistema neste município.

| Nome Completo | CPF | E-mail | Telefone | Perfil de acesso |
|----------------------|----------------|---------------|-----------------|-------------------------|
| Nome e Sobrenome | 000.000.000-00 | xxx@yyy.com | (ddd) xxxx-xxxx | Conselheiro Municipal |
| Nome e Sobrenome | 000.000.000-00 | hhh@yyy.com | (ddd) xxxx-xxxx | Gestor Municipal |
| Nome e Sobrenome | 000.000.000-00 | hhh@yyy.com | (ddd) xxxx-xxxx | Técnico Municipal |

Seguem, anexos, como complemento das informações, o Decreto de nomeação do Gestor Municipal e a Ata de Reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) em que foi deliberada a indicação do responsável pelo DigiSUS no âmbito do Conselho.

Para quaisquer outros esclarecimentos e/ou eventuais dúvidas, entrar em contato pelo endereço eletrônico xxxx ou pelos telefones(DDD) xxxx-xxxx.

Atenciosamente,

NOME

Secretário de Saúde de Município

