

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NUCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO



MANUAL DE APOIO À ELABORAÇÃO DE PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ

PERÍODO DE 2022-2025

BELÉM – PA

2021

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NUCLEO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E PLANEJAMENTO

HELDER ZAHLUTH BARBALHO
Governador do Estado do Pará

RÔMULO RODOVALHO GOMES
Secretário de Estado de Saúde Pública do Pará

SIPRIANO FERRAZ SANTOS JÚNIOR
Secretário Adjunto de Gestão de Políticas de Saúde

ARIEL DOURADO SAMPAIO MARTINS DE BARROS
Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

MAURICIO NUNES DA SILVA (Procurador)
Coordenador da Consultoria Jurídica (CONJUR)

LAIS MENEZES
Assessoria de Comunicação (ASCOM)

GUILHERME NEVES MESQUITA
Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS)

DENILSON JOSÉ SILVA FEITOSA JUNIOR
Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS)

LAENA COSTA DOS REIS
Diretoria de Políticas de Atenção Integral a Saúde (DPAIS)

SIMONE TRINDADE DE OLIVEIRA
Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais (DDRA)

LILIANE FERRAZ FERREIRA
Diretoria Administrativa e Financeira (DAF)

KELLY DE CÁSSIA PEIXOTO DE OLIVEIRA SILVEIRA
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DGTES)

ELIZETE DO SOCORRO DA SILVA BRAGA
Escola Técnica do SUS "Dr. Manuel Ayres" (ETSUS)

JOSIETE CORREA LEÃO
Fundo Estadual de Saúde (FES)

MIRIAN ROCHA KAHWAGE
Coordenadora do Núcleo de Informação em Saúde e Planejamento

ELABORAÇÃO DO MANUAL
EQUIPE TÉCNICA DO NISPLAN

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DO SUS

2 - A CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

1º PASSO – Definição da equipe de trabalho para elaboração do Plano Municipal de saúde (PMS)

2º PASSO – Elaboração da Análise de Situação de Saúde.

3º PASSO – Definição das Diretrizes do PMS.

4º PASSO – Formulação dos Objetivos, Metas e Indicadores do PMS.

5º PASSO – Análise da viabilidade das ações do PMS.

6º PASSO – Elaboração da Previsão Orçamentária do PMS.

7º PASSO – Elaboração da sistemática de monitoramento e avaliação do PMS.

8º PASSO – Apresentação do PMS ao CMS para apreciação e aprovação.

9º PASSO – Publicação da resolução do CMS que aprova o PMS em órgão/veículo oficial de comunicação.

3 - DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

ANEXOS:

ANEXO I – SUGESTÃO DE PROGRAMA DE GOVERNO

ANEXO II – CONTATO DAS DIRETORIAS E CENTROS REGIONAIS DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ – SESPA

APRESENTAÇÃO

A edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e da Portaria GM Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 recolocaram o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais ali estabelecidas.

Essas normas determinaram a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS.

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho.

O caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo o processo deve ser conduzido de maneira ascendente, desde os Municípios até a União. O desafio dos gestores municipais e estaduais é cumprir com a agenda deste macroprocesso e executá-la de forma integrada aos demais entes federados que compõem a região de saúde.

Dentro desse contexto e, de acordo com Manual de planejamento no SUS (BRASIL, 2015), é de competência específica do município na área da saúde:

- ➔ Planejar, organizar e avaliar a provisão local de serviços de saúde;
- ➔ Gerenciar as unidades públicas de saúde;
- ➔ Executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- ➔ Implementar a política de insumos e equipamentos em saúde;
- ➔ Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

Nesse sentido, os Municípios estão encarregados da prestação direta de ações e serviços de saúde, em especial dos cuidados primários e, quando possível, de média e alta complexidade, sendo a esfera de contato mais direto com a população. Entre suas principais atribuições estão as de executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; de alimentação e nutrição; de saneamento básico e de saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e

equipamentos em saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde; planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde; entre outros (BRASIL, 2015).

Apesar dos avanços identificados, a consolidação de uma cultura de planejamento em saúde ainda representa um enorme desafio para os gestores do SUS, tendo em vista que se trata de um processo que envolve mudança de postura individual e coletiva, visando à mobilização e ao engajamento dos gestores e profissionais da saúde.

Este manual apresenta uma proposta de organização, um “passo a passo” inspirado a partir das seguintes referências: Portaria do Ministério da Saúde Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), *Manual de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde* construído pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2013) e o doc: *“Algumas Recomendações Estratégicas- Táticas e Operacionais e Proposta de Modelos para Elaboração do PMS - Período de 2018-2021*. Além disso, procurou-se apresentar algumas discussões e conceitos teóricos pertinentes ao processo de planejamento do SUS elencados pelo Manual de planejamento no SUS publicado em 2015 (BRASIL, 2015), bem como outras referências complementares referentes ao tema em questão.

O objetivo desse trabalho é propiciar o acesso a informações básicas para o planejamento local das ações de saúde, utilizando-se de uma metodologia simples e prática que oriente os gestores e técnicos na construção dos Planos Municipais de Saúde (PMS), favorecendo o aprimoramento da gestão, pela qual a Secretaria de Estado do Pará - SESPA vem se dedicando cada vez mais neste propósito de fortalecer com adesão dos municípios junto ao sistema de gerenciamento de Metas (GM).

A expectativa é de que este material seja útil e subsidie a elaboração dos Planos Municipais de Saúde período 2022-2025 no primeiro semestre do exercício de 2021.

1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE PLANEJAMENTO DO SUS

Nesse primeiro momento do Manual, o objetivo é de apresentar, de forma sintética, alguns conceitos e discussões sobre o processo de planejamento na área da saúde, subsidiando tecnicamente quanto à escolha de metodologias e ferramentas de planejamento que sejam mais adequadas ao enfrentamento, priorização e solução de problemas na saúde.

1.1 – CONCEITO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NA ÁREA DA SAÚDE:

O **planejamento estratégico** é uma concepção geral que implica em dar à dimensão política o centro da elaboração de modelos. As relações entre atores políticos e instituições, tratadas como arenas, são analisadas e as orientações e estratégias são definidas a partir de conjunturas e equilíbrios de poder. Muitos autores e instituições de saúde no Brasil utilizaram, desde a década de 1980, modelos diretamente definidos por Carlos Matus e por Mario Testa ou fizeram adaptações ou desenvolvimentos a partir de suas ideias.

O **Planejamento Estratégico Situacional (PES)** se caracteriza por tentar conciliar a ação sobre uma realidade complexa, com um olhar estratégico e situacional, considerando a visão de múltiplos atores e a utilização de ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas. Pode ser considerado, conforme assinalado por Giovanella (1991), como uma vertente do planejamento estratégico de saúde, pois o pensamento de Matus, pelo seu freqüente trabalho como assessor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tem sofrido adaptações para a saúde.

O Planejamento Estratégico Situacional se divide em quatro momentos, a saber:

- **Explicativo:** seleção e análise dos problemas relevantes para os atores chaves e sobre os quais se deseja atuar.
- **Normativo:** construção do plano de intervenção, a situação objetivo que se deseja alcançar.
- **Estratégico:** análise de viabilidade das ações e a construção de sua viabilidade quando consideradas essenciais.
- **Tático-operacional:** implementação do plano.

No processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão é identificada como um elemento central na política de saúde, o lócus onde esta se opera. Por outro lado, o planejamento pode ser designado como um processo social, um método, uma técnica, uma

ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (GIORDANI, 1979; MATUS, 1993; PAIM, 2002; CAMPOS, 2003).

Essa formulação aproxima o **planejamento** do conceito de processo de trabalho e permite abordá-lo como organizador de saberes e práticas, que sistematiza outros trabalhos para a realização dos propósitos institucionais.

1.2 – O PLANEJAMENTO NO SUS

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade.

Essa articulação de tarefas entre as três esferas da Federação deve ser organizada a partir de uma distribuição de responsabilidades e atribuições definidas pelas normas e acordos vigentes. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal.

A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os COSEMS, coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, buscando articulação de processos e instrumentos.

Na busca da equidade regional, o Estado e os Municípios — em conjunto com seus pares nas respectivas regiões de saúde —, definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região. **Os planos e metas regionais** resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional (§ 2º, art. 30, LC nº 141, de 2012).

Além disso, o planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das

ações e serviços de saúde para a população no SUS. **A Região de Saúde** representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde.

Assim, o **planejamento no SUS** se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar **estratégias de regionalização**.

Os **princípios gerais** para o planejamento no Estado Brasileiro, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas, editadas ao longo de quase três décadas. A legislação a ser observada no campo da saúde é composta tanto por normas gerais aplicáveis ao planejamento governamental, quanto pelas normas específicas editadas no âmbito do SUS.

As diretrizes estabelecidas por esse conjunto de normas podem ser elencadas em **sete princípios gerais** que orientam os gestores das três esferas da Federação na organização de suas atividades de planejamento, com destaque para as disposições estabelecidas no Decreto nº 7.508, de 2011, na LC nº 141, de 2012, e especialmente na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que define de forma mais explícita as diretrizes atuais para o planejamento no SUS. Esses princípios são:

- **Princípio 1:** o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua.
- **Princípio 2:** o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral.
- **Princípio 3:** o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
- **Princípio 4:** o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
- **Princípio 5:** o planejamento deve ser ascendente e integrado
- **Princípio 6:** o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
- **Princípio 7:** o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

1.3 – NOÇÕES DAS METODOLOGIAS EXISTENTES:

Sabemos que existem várias metodologias para explicação de cada um dos problemas listados, neste caso cabe-nos apresentar algumas metodologias que estão à disposição, vejamos: quanto a **metodologia de análise e solução de problemas**, muitos preferem denominar esses processos de **Tratamento de Anomalias**, já outros preferem **Análise e Solução de Problemas** ou simplesmente **PDCA**. É também comum a utilização do “**8 D**” ou **8 Disciplinas**, método mais direcionado à de ação corretiva do que para problemas de grande complexidade. Há outras ferramentas quanto à qualidade, seu uso não vem mudando significativamente, serve mais para a geração de ideias, o **Diagrama de Causa e Efeito** para a compreensão das possíveis causas, há também a **Lista de Verificação** para o levantamento de dados, a **Estratificação** para a divisão de diferentes origens de problemas, o **Gráfico de Pareto** para a visualização e cálculo do efeito de diferentes fenômenos, o **Gráfico de Tendência** para visualizar a evolução de uma variável no tempo e, finalmente o **5W2H** para organizar o planejamento de atividades, prazos e responsabilidades.

Ferramenta	Finalidade
Brainstorming	Levantar possíveis causas
Diagrama de causa-e-efeito	Organizar as possíveis causas
Lista de verificação	Coleta de dados das possíveis causas-raiz
Estratificação	Agrupamento de dados de origem comum
Gráfico de Pareto	Visualização por ordem de importância
5W2H	Planejamento das ações

Existem outros métodos para os casos mais complexos e com uma massa significativa de dados, temos o **CEP- Controle Estatístico de Processos** para o controle da variação, o **Histograma** para análises estatísticas e o **Diagrama de Dispersão/Correlação** para confirmar a relação entre duas variáveis. Esse conjunto de ferramentas tem uma grande representatividade das técnicas de solução de problemas.

Temos o **Diagrama de Árvore** que se trata de uma forma de identificar as causas de um problema. Serve também para o desdobramento em tarefas e ações de um objetivo a ser atingido ou para o desdobramento de desejos, transformando-os em especificações.

No processo de análise e solução de problemas, o Diagrama de Árvore é construído colocando o problema num quadro. Na sequência o usuário deve se perguntar o porquê o problema acontece. As respostas são colocadas também em quadros, porém num nível

secundário. Como cada causa secundária é na verdade efeito de outras causas, o questionamento do *porquê* elas ocorrem identificaria essas outras causas. Após sucessivos porquês o problema e suas causas estarão completamente mapeados, como demonstra o exemplo da figura 1.



Figura 1: exemplo de desdobramento de problema

Um processo de análise e solução de problemas passaria por algumas etapas tais como as mostradas a seguir: *Identificação, Observação, Análise, Plano de ação, Ação, Verificação, Padronização e Conclusão*. As ferramentas de solução de problemas são utilizadas e distribuídas conforme necessário, entre essas etapas. Ao final do problema teríamos a utilização de diversas delas, até a conclusão do processo de solução. Já que estamos falando do aumento de produtividade, o Diagrama de Árvore poderia substituir várias das ferramentas, evidentemente em contextos definidos, mas que representam a grande maioria dos problemas que ocorrem nos ambientes institucionais.

No entanto, com todo o respeito a seus criadores, o Diagrama de Causa-e-Efeito, Gráfico de Pareto e 5W2H podem ser substituídos pelo **Diagrama de Árvore**. Isso é justificável se consideramos que: a) o Diagrama de Árvore também organiza a relação de causa-e-efeito entre os fenômenos; b) o Diagrama de Árvore não visualiza tão claramente as prioridades como o Gráfico de Pareto, mas em compensação, ele visualiza com muito mais clareza a propagação do problema a partir de cada ocorrência das diferentes causas, até o efeito que se deseja eliminar; c) o planejamento não é tão detalhado como o 5W2H, mas será que precisamos sempre de sete itens para planejar uma tarefa? d) a estratificação já é naturalmente feita quando se prepara um Diagrama de Árvore, portanto, está implícita. Assim, para o problema dado, é como se estivéssemos substituindo quatro ferramentas por apenas uma!

Acreditamos que a utilização do **Diagrama de Árvore** nos formulários de ação corretiva e preventiva seria mais útil do que o Diagrama de Causa e Efeito. Esse campeão na preferência tem uma eficácia na identificação da causa raiz bastante questionável. Isso se dá por que o

Diagrama de Causa e Efeito não desdobra as causas secundárias e não permite identificar a sequência de acontecimentos que antecedem a ocorrência do problema.

Dentro desta mesma linha de atuação, sugere-se também a utilização da árvore de problemas, recurso pedagógico simples que facilita a identificação dos fatores (causas e consequências) que influenciam na ocorrência do problema. Para explicar o problema central, a equipe de trabalho deve identificá-lo como o “**tronco da árvore**” e após um intenso processo de discussão, colocam-se os problemas dele derivados, que são os efeitos ou as consequências, formando a copa da árvore. Abaixo do problema central são colocados suas causas, razões ou seus fatores geradores, formando as raízes da árvore. A construção da árvore de problemas deve retratar a complexidade da realidade local. Por isso, é importante considerar o conhecimento dos diversos participantes, pois cada um apresentará experiências distintas e concretas relacionadas tanto ao sistema de saúde do seu município quanto às condições de vida da população.

Os produtos sugeridos e construídos na Análise situacional, resultantes da caracterização das condições de vida da população e dos seus aspectos epidemiológicos, do sistema municipal de saúde, da descrição do desempenho dos indicadores: **Mapa dos Indicadores** (banco de dados ofertado pela SESPA/Nisplan) por região de saúde que faz a identificação, qualificação e explicação e do sistema e ações/serviços de saúde sugerimos ser demonstrado ao CMS para validação e com isso haverá mais integração deste processo. Ressalta-se que as ações e serviços de saúde no foco regional, poderão ser levantados em parâmetros regionais de acordo com a Portaria nº1631/2015, para obter uma estimativa das necessidades e ordená-las em uma Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde – PGASS.

2 - A CONSTRUÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Nesse segundo momento do manual o objetivo é de apresentar as principais diretrizes para elaboração do Plano Municipal de saúde a partir da Portaria GM Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), *Manual de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde* construído pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2013) e o doc: *“Algumas Recomendações Estratégicas- Táticas e Operacionais e Proposta de Modelos para Elaboração do PMS - Período de 2018-2021*. Além disso, abordaremos alguns aspectos apontado no Manual de planejamento no SUS (BRASIL, 2015) de acordo com a referida portaria, os instrumentos

para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

Sobre a elaboração do Plano de Saúde, a portaria supracitada estabelece as seguintes diretrizes:

- O **Plano** de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde;
- O **Plano de Saúde**, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera;
- O **Plano de Saúde** configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção;
- O **Plano de Saúde** observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados;
- A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à **participação popular** e à **realização de audiências públicas**, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde;
- O **Plano de Saúde** deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no DigiSUS módulo Planejamento (DGMP), disponível em <https://digisusgmp.saude.gov.br/>

- É importante incluir no Plano de Saúde uma **breve análise** da compatibilidade do planejamento de médio prazo contido no Plano Plurianual, tendo em vista harmonizar o planejamento setorial com o planejamento geral.
- A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

I - Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes momentos:

a) estrutura do sistema de saúde;

- b) redes de atenção à saúde;
- c) condições socio sanitárias;
- d) fluxos de acesso;
- e) recursos financeiros;
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão.

II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e

III - O processo de monitoramento e avaliação.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um documento que sistematiza o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e às necessidades de saúde da população do município, em consonância com os princípios e diretrizes gerais que regem a política de saúde nos âmbitos nacional e estadual. O PMS é a expressão da responsabilidade municipal com a saúde da população e a síntese de um processo de decisão para enfrentar um conjunto de problemas. Desta forma, é um importante instrumento de gestão e seu conteúdo deve revelar as intenções e os objetivos a serem alcançados no período de quatro anos do governo, expressos em diretrizes, objetivos, metas e ações. Os Planos de Saúde dos municípios, além de subsidiarem a gestão do sistema municipal de saúde, deverão constituir a base do **planejamento regional**, orientando as futuras pactuações inter federativas formadoras da região de saúde.

O processo de construção do PMS envolve três dimensões: Política, Técnica e Administrativa.

- **Política:** na medida em que a priorização dos problemas e a escolha das ações é sempre um processo político, muitas vezes conflitivo e não consensual, visto que envolve atores com diferentes interesses e valores éticos, morais, culturais e ideológicos.
- **Técnica:** porquanto se baseia na utilização de diversas informações que permitem a construção da realidade sanitária local por meio da identificação e explicação dos problemas e das possíveis ações estratégicas, utilizando para isso diferentes conhecimentos (demográficos, epidemiológicos, entre outros), ferramentas (gráficos, tabelas, mapas, entre outros) e tecnologias (sistemas de informações, entre outros).

- **Administrativa:** porque requer o balanço entre os recursos necessários e os recursos disponíveis para a execução das ações planejadas, em articulação com os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei de Orçamento Anual (LOA).

Para que se chegue a um consenso, ainda que provisório, em torno das prioridades da gestão do sistema municipal de saúde e para que os objetivos sejam alcançados, é importante que o PMS seja construído de forma participativa, envolvendo os diversos atores sociais responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Deste modo, para assegurar os requisitos legais da participação social, da transparência e corresponsabilização das ações planejadas, devem participar, além dos dirigentes e técnicos do nível político-administrativo, profissionais de saúde dos três níveis de atenção e os representantes dos diversos grupos da população, tomando como subsídio privilegiado as proposições das Conferências de Saúde.

Evidentemente, **cada município tem autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração do seu PMS**, consoantes com os princípios e as diretrizes adotadas na legislação básica do SUS e nos atos normativos e administrativos que o regulamentam. Sendo assim, este manual pretende apoiar a elaboração do PMS, propondo uma sistematização das etapas deste processo em 11 passos orientadores.

A proposta ora aqui apresentada toma como ponto de partida a análise da **situação** de saúde do município, por meio da identificação, explicação e priorização dos principais **problemas** de saúde da população e do sistema de saúde municipal de acordo com as considerações sobre os momentos apontados acima, para que os **atores sociais** definam os objetivos e tracem as ações e metas necessárias ao enfrentamento destes problemas. Por fim, é importante ressaltar que a elaboração do PMS seja concretizada por meio de oficinas de trabalho que envolvam os diferentes atores sociais.

SITUAÇÃO: é entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social.

PROBLEMA: é algo considerado fora dos padrões de normalidade para um ator social.

ATOR SOCIAL: é uma pessoa, um grupamento humano ou instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação. (TEXEIRA, 2010).

1º PASSO – DEFINIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:

A formação de uma equipe técnica responsável pela elaboração do PMS deve ser a primeira medida adotada pelo gestor municipal, objetivando a garantia de uma organização metodológica do processo e o envolvimento de profissionais de diversos setores, como os técnicos dos sistemas de informação em saúde, os trabalhadores vinculados aos setores administrativos e financeiros, os profissionais da vigilância em saúde e da Atenção Primária, entre outros, a depender da realidade de cada município.

Sugere-se também a elaboração do plano de trabalho da equipe constituída, com detalhamento em cronograma das atividades a serem realizadas e de seus respectivos prazos, no âmbito de cada passo. Cabe destacar que os profissionais responsáveis pela condução do processo de elaboração do PMS poderão atuar ora como participantes, ora como facilitadores ou condutores das oficinas.

Além disso, a equipe deve se apropriar dos documentos construídos nos períodos de gestão anteriores, como por exemplo, o PMS, o Plano Plurianual (PPA), o Relatório de Gestão (RG), o sistema de Gerenciamento de Metas (GM) caso o seu município tenha aderido, pois lá estão anexados dados de todos os municípios pelo levantamento da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas - FAPESPA e o Relatório da última Conferência de Saúde.

Sugere-se que a composição da equipe de trabalho seja legitimada por meio de portaria interna da secretaria municipal de saúde, conforme modelo de portaria:

APÊNDICE A: Modelo de portaria para composição da equipe de trabalho para elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Timbre
do
Município

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA DE _____
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO

PORTARIA GSMS n°. XX/2013

“Designar os profissionais que irão compor a Equipe de Trabalho do Plano Municipal de Saúde de _____ para o período 2014 - 2017.”

O Secretário Municipal de Saúde de _____, 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 2014 a 2017, conforme estabelecido através das Leis n°. 8.080/90, n°. 8.142/90 e n° 141/2012;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os profissionais relacionados a seguir para compor a Equipe de Trabalho do Plano Municipal de Saúde de _____, para o quadriênio 2014 a 2017.

- a. (Nome) – (Cargo/função);
- b. (Nome) – (Cargo/função);

Art. 2º - O grupo de trabalho ora criado será responsável por organizar e conduzir todo 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, revogadas todas as disposições em contrário.

Gabinete do Secretário, ____ de _____ de 2013.

Secretário Municipal de Saúde

2º PASSO – ELABORAÇÃO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.

A) Pelo Planejamento Estratégico Situacional/PES:

A Análise da Situação de Saúde consiste no processo de identificação, explicação e **priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população** em um determinado território (MATUS, 1991). Dessa forma, uma análise de saúde deve partir da compreensão de problemas de saúde, considerando-se as dimensões jurídica, sanitária e estrutural do setor saúde, conforme ratificado pela Lei Complementar nº 141/2012, em seu art. 30, que estabelece a necessidade de se traçar o perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico. Portanto, para subsidiar a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população do seu município, a equipe de trabalho constituída deverá caracterizar o perfil da população e seus aspectos epidemiológicos, bem como o sistema municipal de saúde.

Por conseguinte, a partir das informações levantadas, a equipe de trabalho procederá à identificação e explicação dos problemas, do sistema e dos serviços de saúde.

O que devemos mencionar e levantar:

1. Caracterização das condições de vida da população e seus aspectos Epidemiológicos:

a) *Perfil demográfico, ambiental, socioeconômico, político e cultural:*

- **Perfil demográfico:** corresponde à sistematização e análise do conjunto de informações relativas às variáveis demográficas. Por exemplo, número de habitantes com distribuição por sexo, faixa etária e local de residência (urbana/rural); fluxo de migração; crescimento populacional; taxa de fecundidade; esperança de vida ao nascer; índice de envelhecimento, dentre outros.
- **Condições ambientais:** relacionam-se ao abastecimento de água; coleta de lixo e dejetos; esgotamento sanitário; condições de habitação; acesso a vias de transporte, segurança e lazer, configurando o acesso aos chamados “meios de consumo coletivo”.
- **Condições socioeconômicas:** dados acerca do nível educacional da população; inserção no mercado de trabalho (empregado ou desempregado); tipo de ocupação; nível de renda, dentre outras.
- **Aspectos políticos e culturais:** processo de ocupação do território; história do município; hábitos de vida, comportamentos, desejos, interesses e necessidades da população;

manifestações culturais tradicionais; formas de organização social, religiosa e política, dentre outros.

b) Perfil epidemiológico: As principais informações epidemiológicas a serem consideradas na Análise situacional referem-se à **mortalidade** por grupo de causas (doenças infecciosas, crônicas degenerativas e causas externas), à **morbidade**, à **identificação de grupos vulneráveis** (por exemplo, população indígena, grupos assentados, quilombolas) ou de **necessidades que demandam intervenções específicas** (aspectos da alimentação e nutrição da população, programa de atividade física, vítimas de acidentes e violência, saúde do trabalhador, dentre outros). **Os principais sistemas de informação em saúde com informações epidemiológica são:** - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH); o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Recomenda-se que, quando possível, os dados sejam desagregados segundo raça/cor, sexo e faixa etária.

Para uma melhor organização e visualização das informações coletadas é necessária a construção de mapas, quadros, tabelas e/ou gráficos, brevemente analisados por meio de comentários acerca da tendência apresentada.

2. Caracterização do sistema municipal de saúde:

A caracterização do sistema municipal de saúde engloba a análise e descrição dos seus componentes, contemplando a gestão, sua organização, sua infraestrutura, a produção/prestação de serviços e seu financiamento (KLECSKOWSKY, 1984). Para caracterizar estes componentes, recomenda-se a utilização dos descritores explicitados abaixo:

- **Gestão:** corresponde à identificação das bases jurídicas e políticas do município, sua estrutura organizacional, seus processos de gestão (planejamento, gestão do trabalho, educação permanente, informação em saúde, descentralização, regionalização, cooperação com outras esferas de governo e participação nas Comissões Intergestores – CIR/CIB/CIT) e a participação social (articulação entre os gestores e os conselhos de saúde, funcionamento dos conselhos e a realização das conferências municipais de saúde).
- **Organização:** corresponde à descrição das formas de organização dos serviços existentes nos vários níveis de atenção (atenção primária, urgência e emergência, atenção

psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde) e à articulação dos setores (intra-setorial intersetorial).

- **Infraestrutura:** corresponde à descrição da localização (anexar e/ou construir mapa do município com distribuição geográfica dos serviços de saúde), das condições físicas dos estabelecimentos de saúde disponíveis (número de consultórios por unidade, número de leitos distribuídos por clínicas e hospitais, dentre outras), da distribuição e utilização de recursos humanos (quantificar e analisar a suficiência de profissionais por categoria, quadros de lotação de pessoal por estabelecimentos de saúde, qualificação profissional, jornada de trabalho, tipo vínculo empregatício, dentre outros.), dos materiais e recursos logísticos (equipamentos especializados e de maior complexidade, número de carros disponíveis, número de computadores, dentre outros) e dos projetos de investimento.
- **Produção / prestação de serviços:** corresponde à descrição dos estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e sua acessibilidade, aos tipos de serviços (posto de saúde, laboratórios, hospitais) e seus fluxos de atendimento (sistema de referência e contra referência).
- **Financiamento:** corresponde à descrição do orçamento destinado à saúde (transferências entre as esferas de gestão, gasto público total, execução orçamentária e financeira por bloco de financiamento do SUS); e do fundo de saúde (critérios e regulamentação do financiamento).

No atual contexto de implantação do Decreto nº 7.508/2011, uma das importantes ferramentas que poderá subsidiar a caracterização do sistema municipal de saúde é o Mapa da Região de Saúde. Este mapa pretende apresentar a distribuição espacial dos recursos humanos, serviços ofertados (públicos e privados) e das ações de saúde, considerando a capacidade instalada existente e os investimentos financeiros na região.

3) Identificação e explicação dos problemas de saúde:

A identificação de problemas de saúde e a explicação abrangente sobre uma dada situação têm como objetivo elucidar as alternativas de intervenção para resolvê-los ou controlá-los (MATUS, 1991).

APÊNDICE C – Roteiro para a oficina 01: identificação e explicação dos problemas

Objetivo:

Identificar, discutir e explicar os problemas do Estado de Saúde da População e do Sistema e Serviços de Saúde, a partir das informações levantadas na Análise da Situação de Saúde.

Participantes:

Para garantir a transversalidade, a transparência e a participação social no processo de construção do Plano Municipal de Saúde, é importante que as oficinas sejam compostas de diferentes atores sociais. A depender da estrutura e do porte do município, sugerimos a participação dos representantes descritos a seguir:

- Gestores do município;
- Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Profissionais das Unidades de Saúde;
- Conselheiros Municipais de Saúde;
- Diretoria Regional de Saúde correspondente;
- Líderes comunitários;
- Representantes de Associações de Classe;
- Membros da academia (Faculdades/Universidades/Institutos).

Dinâmica da Oficina:

1. Inicialmente a equipe de trabalho deve apresentar ao grupo as informações levantadas acerca da caracterização da população e do seu estado de saúde e as informações do sistema e serviços de saúde do município.
2. A depender do número de pessoas, a equipe de trabalho deve solicitar que os participantes, individualmente ou em grupo menores, levistem 03 problemas do estado de saúde da população e 03 problemas do sistema de saúde, a partir das informações apresentadas.
3. A formulação dos problemas deve contemplar a definição do **que** (problema), **de quem** (grupos sociais) ou **de qual** (sistema e serviços) são afetados pelos problemas e do **quando** e do **onde** acontecem.
4. A seguir, cada grupo ou participante deve apresentar os problemas levantados e a equipe de trabalho deve reunir todos os problemas em duas listas (conforme planilhas abaixo) referentes ao estado de saúde da população e ao sistema e serviços municipal de saúde.

Planilha 2.1 – Exemplo de lista de problemas do estado de saúde da população (situação hipotética).

Nº	Problema (o que, quem, onde, quando)
01	Elevada taxa de mortalidade infantil no município de Paraíso, no ano de 2012.
n (...)	

Planilha 2.2 – Exemplo de lista de problemas do sistema e dos serviços de saúde (situação hipotética).

Nº	Problema (o que, qual, onde, quando)
01	Baixa cobertura de Estratégia de saúde da família no município de Paraíso, no ano de 2012.
n (...)	

- Os participantes devem fazer uma revisão da lista de modo que o enunciado de cada problema apresente as informações (**o que, quem/qual, onde e quando**) necessárias à sua explicação. É importante, na medida do possível, que o enunciado de cada problema contemple uma linguagem epidemiológica para os problemas de saúde e uma linguagem administrativa para os problemas do sistema e serviços de saúde.
- A equipe de trabalho e os participantes da oficina deverão explicar cada um dos problemas utilizando a árvore de problemas. O grupo deverá refletir, discutir e elencar as principais causas (raízes) do problema central e suas principais consequências (frutos), preenchendo a quadro 1, conforme exemplo em **planilha 2.3**. Quanto mais “raízes” e “frutos” tiver a árvore, maior é a amplitude do problema correspondente.

Planilha 2.3 – Exemplo da explicação de um problema do sistema de saúde por meio da árvore de problemas (situação hipotética).

Consequências	População do município desassistida pela Atenção Primária; Deslocamento da população para atendimento em hospitais vizinhos da região; Impacto negativo sobre o sistema e serviços de saúde (filas, superlotação, sobrecarga financeira, entre outros.); Unidades de Saúde da Família com prestação de serviços centrada no pronto-atendimento; Número insuficiente de salas de vacina; Número insuficiente de farmácias básicas; Aumento da taxa de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis; Aumento das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária.
Problema Central	Baixa cobertura de Estratégia de saúde da família no município de Paraíso, no ano de 2012.
Causas	Ausência de investimentos em infraestrutura na Atenção Primária, com ênfase na estratégia de Saúde da Família (financiamento); Número insuficiente de USF no município (infraestrutura); Número insuficiente de profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família (infraestrutura); Inexistência de uma política municipal de Atenção Primária articulada à proposta da estratégia de saúde da família (gestão e organização).

7. Ao final da atividade, é importante que o grupo faça uma avaliação dos problemas e necessidades explicados e transpostos para a planilha, atentando para o fato de que alguns problemas identificados poderão, no momento da explicação, passar a compor as causas de um problema central de maior amplitude.
8. O resultado parcial da análise de situação de saúde composto pelas informações da caracterização do estado de saúde da população e do sistema e serviços de saúde e as planilhas com os problemas, deve ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para validação.

APÊNDICE D – Roteiro para a oficina 02: priorização dos problemas identificados

Objetivo:

Determinar os problemas de saúde prioritários, utilizando-se de critérios objetivos, de forma participativa com o envolvimento de diversos atores sociais.

Participantes:

Para garantir a transversalidade, a transparência e a participação social do processo de construção do Plano Municipal de Saúde, nesse momento é importante o envolvimento dos atores sociais interessados no processo. A depender da estrutura e do porte do município, sugerimos a participação dos representantes descritos a seguir:

- Gestores do município;
- Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Profissionais das Unidades de Saúde;
- Conselheiros Municipais de Saúde;
- Diretoria Regional de Saúde correspondente;
- Líderes comunitários;
- Representantes de Associações de Classe;
- Membros da academia (Universidades/Faculdades/Institutos).

Dinâmica da Oficina:

1. Inicialmente, é importante apresentar e explicar aos participantes cada um dos critérios propostos para priorização dos problemas do estado de saúde da população (magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custos) e do sistema e serviços de saúde (relevância, urgência, factibilidade e viabilidade).
2. Após o esclarecimento de cada um dos critérios, a equipe de trabalho deve conduzir o grupo na atribuição de pontos (0 a 3) em cada critério para cada um dos problemas, utilizando a **planilhas 3.1 e 3.2**. É importante que a matriz seja projetada ou desenhada de modo a ser visualizada por todos.
3. Cada ator deve ser estimulado a argumentar o motivo da pontuação que atribuiu, visto que cada um poderá ter uma visão diferente do problema em questão, dependendo do papel que desempenha no sistema (gestor, profissional ou usuário). Também é interessante que sejam apresentadas, resumidamente, as informações relevantes para a compreensão de cada problema, contidas na Análise de Situação de Saúde, sobretudo se houverem atores que não participaram da Oficina 01.

Planilha 3.1 – Matriz de priorização de problemas do estado de saúde da população.

PROBLEMA	PONTUAÇÃO (0-3)				
	Magnitude <i>(Qual o tamanho do problema?)</i>	Transcendência <i>(Qual a importância política, cultural e técnica do problema?)</i>	Vulnerabilidade (Há conhecimento, recursos materiais ou financeiros para a resolução dos problemas?)	Custo Estimado	Total de Pontos (0-12)
1.					
2.					
3.					
n.					

Pontuação dos Critérios:

Magnitude: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Transcendência: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Vulnerabilidade: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Custo: Baixo (3); Significativo (2); alto (1); muito alto (0).

Planilha 3.2 – Matriz de priorização de problemas do sistema e dos serviços de saúde.

PROBLEMA	PONTUAÇÃO (0-3)				
	Relevância <i>(Qual a importância do problema?)</i>	Urgência <i>(Qual a intensidade de ameaça à estabilidade do sistema?)</i>	Factibilidade <i>(Há disponibilidade de recursos disponíveis para o enfrentamento do problema?)</i>	Viabilidade <i>(Há capacidade política, técnica e gerencial para desenvolvimento de ações para resolução do problema?)</i>	Total de Pontos (0-12)
1.					
2.					
3.					
n.					

Pontuação dos Critérios:

Relevância: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Urgência: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Factibilidade: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Viabilidade: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

4. Anota-se cada uma das pontuações dos atores na tabela, e ao final de cada critério, divulga-se para o grupo a frequência da ocorrência de cada um dos pontos. Pode-se escolher como pontuação final do critério aquela que obteve maior frequência ou ainda realizar nova votação apenas considerando as duas pontuações mais frequentes.
5. Uma vez pontuados cada um dos problemas, cabe à equipe de trabalho ordenar a nova lista de problemas, segundo ordem decrescente de pontuação/prioridade.

Planilha 4.1 – Exemplo da correlação entre a árvore de problemas e a árvore de objetivos (situação hipotética)

	ÁRVORE DE PROBLEMAS		ÁRVORE DE OBJETIVOS
CONSEQUENCIA	<p>População do município desassistida pela Atenção Primária;</p> <p>Deslocamento da população para atendimento em hospitais vizinhos da região;</p> <p>Impacto negativo sobre o sistema e serviços de saúde (filas, superlotação, sobrecarga financeira, entre outros.);</p> <p>Unidades de Saúde da Família com prestação de serviços centrada no pronto-atendimento;</p> <p>Número insuficiente de salas de vacina;</p> <p>Número insuficiente de farmácias básicas;</p> <p>Aumento da taxa de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis;</p> <p>Aumento das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária.</p>	RESULTADOS ESPERADOS (impactos no sistema e no estado de saúde)	<p>Aumento da proporção da população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família no município;</p> <p>Adequação dos fluxos de atendimento dos usuários nos serviços de saúde dos diversos níveis de atenção do sistema municipal de saúde;</p> <p>Aumento do nível de satisfação dos usuário do sistema;</p> <p>Consolidação da Estratégia de Saúde da Família como forma de organização da Atenção Primária no município;</p> <p>Aumento da cobertura vacinal nos grupos vulneráveis;</p> <p>Melhoria do acesso aos medicamentos das farmácias básicas;</p> <p>Redução da taxa de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis;</p> <p>Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária.</p>
PROBLEMA CENTRAL	Baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família no município de Paraíso, no ano de 2012.	OBJETIVO GERAL	Ampliar a taxa de cobertura de Estratégia de Saúde da Família no município de Paraíso.

CAUSAS	<p>Ausência de investimentos em infraestrutura na Atenção Primária, com ênfase na estratégia de Saúde da Família (financiamento);</p> <p>Número insuficiente de USF no município (infraestrutura);</p> <p>Número insuficiente de profissionais vinculados às equipes de Saúde da Família (infraestrutura);</p> <p>Inexistência de uma política municipal de atenção Primária articulada à proposta da estratégia de saúde da família (gestão e organização).</p>	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p>Ampliar os investimentos em infraestrutura na Atenção Primária, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família;</p> <p>Ampliar o número de USF no município;</p> <p>Ampliar o número de profissionais vinculados às equipes de saúde da família;</p> <p>Construir uma política municipal de Atenção Primária, com foco no fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família.</p>
---------------	--	------------------------------	--

3. Nessa atividade a equipe de trabalho deve ficar atenta para algumas situações:
 - a. Excluir da árvore as causas que não são passíveis de modificação;
 - b. Verificar se existe coerência entre os objetivos específicos propostos e os resultados pretendidos. Se não houver, será preciso modificar a árvore de problemas e, conseqüentemente, os objetivos;
 - c. Escrever os objetivos específicos iniciando com um “verbo” que mais seja adequado ao que se quer alcançar.

4. Após elaboração dos objetivos gerais e específicos, o grupo deve organizá-los no módulo operacional, ordenado de acordo com a diretriz do PMS a qual está vinculado.

5. Em seguida, a equipe de trabalho deve identificar e registrar no módulo operacional os indicadores e as metas que se deseja alcançar ao longo dos quatro anos e as ações estratégicas a serem desenvolvidas para o cumprimento de cada um dos objetivos específicos. É preciso ainda identificar os responsáveis pelo desenvolvimento das ações.

6. As metas elaboradas neste momento poderão ser revisadas e modificadas a partir da análise de viabilidade e da previsão orçamentária.

7. Após a elaboração dos módulos operacionais de cada objetivo geral, a equipe deve fazer uma revisão final, verificando a coerência entre os elementos do módulo (Diretriz Objetivo Geral, Objetivos específicos, indicadores, metas e ações). Os módulos operacionais construídos serão utilizados para análise de viabilidade e previsão orçamentária.

Planilha 4.2 - Exemplo do Módulo Operacional do PMS (situação hipotética)

DIRETRIZ (i):Garantir o financiamento estável e sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento tripartite e os processos de transferência.

Objetivo:Melhorar o padrão de gasto, qualificar o financiamento tripartite e os processos de transferência de recursos, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do SUS.

Indicador: Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no banco de preço em saúde.

Objetivo Específico:	Meta 2018 - 2021	Ações	Responsabilidade

B) Análise Situacional através de critérios e parâmetros operacionais:

Agora apresentamos outro cenário, prático para obter uma análise de problemas, pois o processo de gestão do SUS já se encontra em franco desempenho através da resolução da CES nº 020/28/03/17 para o estado do Pará, devidamente compatibilizada. Dentro deste contexto, recomendamos a continuação do que já está realizado, podendo ser atualizado e validado com os princípios do planejamento estratégico, tático – operacional.

Deste modo o plano passará a ser efetivamente operacional/ prático e pronto para receber, durante o processo de gestão, as possíveis mudanças quando das intervenções do Planejamento Estratégico Situacional/PES no aspecto das necessidades se fizer elaborado em oportuno momento. Por entender que os momentos explicativos (seleção e análise dos problemas) e normativos (a situação objetivo que se deseja alcançar) partem do pressuposto de uma nova formulação de todo o planejamento e inclusive apresentando um novo processo de busca de causas e consequências, enfim, estudo de novas necessidades.

Este cenário proposto tem critérios para processar a análise situacional: A primeira é alimentar cada componente, abaixo relacionado, para subsidiar o parecer técnico e logo depois classificar este parecer técnico (1º diagnóstico) na matriz de GUT (matriz de valorização de Gravidade, Urgência e Tendência) e obter uma conclusão devidamente norteada. Em seguida a elaboração da Análise Situacional propriamente dita; com a coletânea de todas as conclusões, classificadas pelo rol das Diretrizes, Objetivos, Indicadores e Metas/DOMI, no processo de valorização até a uma conclusão contextualizada. Então vejamos, partimos pelos momentos relacionados pela portaria 2.135/MS:

- a) estrutura do sistema de saúde;
- b) redes de atenção à saúde;
- c) condições Socio sanitárias;
- d) fluxos de acesso;
- e) recursos financeiros;
- f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
- g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão (gestão, controle social e intersetorialidade);

B.1) Levantamentos dos critérios e parâmetros de ações e serviços de saúde.

Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.

ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

Nº	Especificação	Necessidades Port.nº1631 a ser preenchido para o plano regional.	Capacidade Instalada	Cobertura	Oferta	Intersetorialidade na região com os outros Municípios/Estados	
						*Fluxo de saída	*Fluxo de entrada
01	Leitos e média de permanência hospitalar.						
	ESPEC – CIRÚRGICO						
	ESPEC – CLÍNICO						
	COMPLEMENTAR						
	OBSTÉTRICO						

	PEDIÁTRICO						
02	Serviços de uti's existentes						
03	Quantitativo de leitos de uti's						
04	Internações hospitalares						
05	Equipamentos:						
	Equipamentos de audiologia						
	Equipamentos de Diagnóstico por Imagem						
	Equipamentos de Infra-Estrutura						
	Equipamentos de Odontologia						
	Equipamentos para Manutenção da Vida						
	Equipamentos por Métodos Gráficos						
	Equipamentos por Métodos Ópticos						
	Outros Equipamentos						
06	Recursos humanos						
07	Serviços especializados						
08	Samu - serviço de atendimento móvel de urgência						
09	Imunização						
10	Assistência farmacêutica						
10.1	Básico						
10.2	Estratégico						
10.3	Especializado						
*Relacionar municípios							
Comentário técnico:							

ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE:

1-Leitos e média de permanência hospitalar:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.
Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados.

ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE:

2- Serviços de uti's existentes

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.
Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Obs.: Continuar no item 3- Quantitativo de leitos de uti's até item 10- Assistência farmacêutica.

Diretriz 2 - Fortalecer as Redes de Atenção à Saúde Atenção Básica, Urgência e Emergência, Materno-Infantil, Doenças Crônicas, Psicossocial e Atenção às Pessoas com Deficiências de forma ascendente e regionalizada, respeitando as diversidades e contemplando as demandas específicas de todas as Regiões de Saúde, aperfeiçoando o sistema de regulação, otimizando o sistema de referência e contra referência, por meio de prontuário eletrônico único, revisando a pactuação entre o governo federal, estados e municípios para distribuição justa e proporcional de recursos, garantindo a oferta de consultas, exames, medicamentos e procedimentos em todos os níveis de complexidade.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nº	Especificação	Necessidades Port.nº1631 a ser preenchido para o plano regional.	Capacidade Instalada	Cobertura existente	Oferta	Intersetorialidade na região com os outros municípios/Estados	
						(*)Fluxo de saída	(*)Fluxo de entrada
01	Rede de Atenção Básica						
	Sub-detalhar						
02	Vigilância em Saúde						

	Sub-detalhar						
03	Atenção à gravidez, parto e puerpério						
	Sub-detalhar						
04	Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)						
	Sub-detalhar						
05	Eventos de relevância para a Vigilância em saúde:						
	Sub-detalhar						
06	Atenção à saúde bucal						
	Sub-detalhar						
07	Atenção especializada						
	Sub-detalhar						
08	Atenção hospitalar						
	Sub-detalhar						
09	Equipamentos						
	Sub-detalhar						
10	Hematologia e hemoterapia						
	Sub-detalhar						
11	Rede Cegonha						
	Sub-detalhar						
12	Rede de Urgência e Emergência						
	Sub-detalhar						
13	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência						
	Sub-detalhar						
14	Rede Estadual de Atenção Psicossocial						
	Sub-detalhar						
15	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas						
	Sub-detalhar						
16	Atenção a Nefrologia						
	Sub-detalhar						
17	Doação, Captação de Órgãos/Tecidos e Transplantes						
	Sub-detalhar						
18	Atenção Integral às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade						
	Sub-detalhar						
19	Atenção aos Portadores de Fissura Lábio Palatal						
	Sub-detalhar						
20	Atenção Oncológica						
	Sub-detalhar						

21	Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica						
	Sub-detalhar						
22	Atenção à Saúde da População Carcerária						
	Sub-detalhar						
*Relacionar municípios							
Comentário técnico:							

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1-Atenção à gravidez, parto e puerpério:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.

Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

2 - Atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta para intervenção	Relevante média para intervenção	Execução Permanente, baixa para intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.
Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Obs.: Continuar no item 3- Atenção à gravidez, parto e puerpério até item 22 - Atenção à Saúde da População Carcerária.

Diretriz 3 - Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.

CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

Nº	Especificação	Brasil	Pará	Região	Município	Obs.:
01	Dados demográficos.					
1.1	População					
1.2	Densidade					
1.3	População por Sexo					
1.4	População por faixa etária					
	Outros					
02	Dados socioeconômicos.					
2.1	IDHM					
2.2	Renda per capita					
2.3	Índice de população de extrema pobreza					
2.4	Grupos Populacionais de maior vulnerabilidade					
03	Nascimento					
	Sub-detalhamento					
04	Mortalidade					
	Sub-detalhamento					
05	Morbidade					
	Sub-detalhamento					

Comentário técnico:

CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

1. Dados demográficos:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

01	Hospitalar								
	Sub-detalhar								
02	Urgência e Emergência								
	Sub-detalhar								
03	Ambulatorial								
	Sub-detalhar								
04	SADT								
	Sub-detalhar								

Comentário técnico:

FLUXOS DE ACESSO

1-Hospitalar:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta para intervenção	Relevante média para intervenção	Execução Permanente, baixa para intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.

Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Sinopse Técnica:
FLUXOS DE ACESSO

2- Urgência e Emergência:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	

		Municipal							
Comentário técnico:									

RECURSOS FINANCEIROS (repassados)

1-Atenção Básica:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.
Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

RECURSOS FINANCEIROS (repassados)

2-Média e Alta Complexidade:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.
Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Obs.: Continuar no item 3- Vigilância em Saúde até item 6- Investimentos.

Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.

OBJETIVO Nº 1.1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.

OBJETIVO Nº 1.2 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE -Período: / / a / /

Nº	Especificação	Nº de trabalhadores com vínculos			Formação			Qualificação	Centros Formadores
		Tipo (*)	Necessários	Existente	Tipo	Necessários	Existente		
01									
	Sub-detalhar								
02									
	Sub-detalhar								
03									
	Sub-detalhar								

OBS: (*) Tabela: a) **Vínculos:** 01 – Estatutário –(2)Est.Função gratificada- (3)DAS ou Cargo Comissionado CLT- (4)Terceirizado- (5)Prestador de Serviços -(6)Federal cedido do SES – (7)Outros.

b) **Formação:** 01 – Obstetra..... c) **Qualificação:** 01 -.....

Comentário técnico:

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.

Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.

OBJETIVO Nº 1.1: Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.

OBJETIVO Nº 1.2 - Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.

CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO

Nº	Especificação	Necessidades	Capacidade Instalada	Cobertura	Oferta	Obs.:(*) anexar a relação
01	Aparelhos de informática					
02	Pontos de internet					
03	Sistemas instalados					
04	Pesquisas necessárias					
05	Pesquisas realizadas					
06	Recursos Humanos					
07	Capacitações e treinamentos					
08	Telesaude.					
09	Telemedicina.					
10	Gestão: Identificar as dificuldades relacionadas ao aprimoramento: Há ânimo de realizar uma gestão planejada? - Os atores envolvidos na formulação do planejamento possuem entendimento da LC 141? A Secretaria Municipal de Saúde são gestores do FMS, caso não: Existe uma proposta (pelo menos em longo prazo) de equacionar esta situação? OCMS é atuante? A CIR tem funcionado na região junto ao seu município? E intervindo? Os sistemas da saúde são alimentados de forma regular? -Diante desta situação como classificaria a situação da gestão para intervenção,conforma abaixo:					

a) CIÊNCIA, TECNOLOGIA, PRODUÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE:

Parecer técnico:

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.

Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados.

a) Gestão(gestão, controle social e intersetorialidade):

Parecer técnico (respondendo as perguntas e/ou outras conforme interesse):

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICO

Valor	(a) Tipo de Gravidade	(b) Tipo de Urgência	(c) Tipo de Tendência	Cálculo
05	EXTREMAMENTE GRAVE	EXTREMAMENTE URGENTE	AGRAVA RÁPIDO	
03	GRAVE	URGENTE	PIORA EM MÉDIO PRAZO	
02	POUCO GRAVE	POUCO URGENTE	PIORA EM LONGO PRAZO	
Apuração	5	3	2	Total: 30

Pontuação e conclusão:

Prioritária alta intervenção	Relevante média intervenção	Execução Permanente, baixa intervenção.	Execução, sem intervenção.
125----- 75	74-----27	26----- 2	1----- 0

Conclusão: Classificado na intervenção como relevante e de média intervenção, devemos atuar de forma preocupante por se tratar como extremamente grave e tem urgência, mas por se tratar de uma situação de longo prazo deveremos realizar um planejamento que tenha impacto imediato e processe paulatinamente ao longo dos quatro anos e no final se torne uma operação de execução sem intervenção.

Obs. Assim, sucessivamente em exemplos alcançados

Consolidação das Análises Situacionais acima elaboradas:

a) Análise quanto as Diretrizes:

- 1) conclusão:
- 2) conclusão:
- 3) conclusão:
- 4) conclusão:
- 5) conclusão:
- 6) conclusão:

Consolidação Contextualizada:

(Ressaltamos também que ao elaborar a análise situacional levar sempre em conta os respectivos indicadores correspondentes a esta análise).

B.2) Descrição do desempenho dos indicadores no município:

Apresentamos o rol DOMI em suas linhas de série histórica, valorização das prioridades: no aspecto de importância e de resultados, bem como possibilita verificar a tendência de cada indicador, dado a projeção apresentada: **Mapa dos Indicadores**. Importante destacar, que caberá ao município, focado em sua região, observar quais os indicadores e suas respectivas metas deverão ser incluídas no seu processo de gestão, conforme quadros abaixo:

CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		SERIE HISTORICA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS					PACTU 2020 AÇÃO	QUANTO A VALORAÇÃO DA PACTUAÇÃO 2020
DIMENSÕES / COMPONENTES.		2016	2017	2018	2019	RESULTADOS (MÉDIA DE 2016 A 2019)		
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.	72,68	68,45	67,58	79,38	72,02	79,00	Bom
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.							
	1.n-INDICADOR(U): Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF). - META: Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Bom: >=79,00% Razoavel:<79,38% até 72,02% Fraco:< 72,02%.							
	2.n-INDICADOR: (U) Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. - META : Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas. Bom: >=46% Razoavel: <46% até 41,65% Fraco: <41,65%.	38,70	40,71	43,17	44,00	41,65	46,00	
	3.e-INDICADOR(U): Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. - META : Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada. Bom: >=1,00% Razoavel:<1,00% até 0,19% Fraco:<0,19%	0,16	0,09	0,25	0,24	0,19	1,00	Desafiante
	4.n-INDICADOR(U) - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica META : Aumentar a cobertura populacional estimada pela equipes de Atenção Básica. Bom: >= 67,62 % Razoavel:< 67,02 % até 65,49 % Fraco:< 65,49 %	63,96	65,98	66,00	66,00	65,49	67,62	RELEVANTE (amarelo)

CLASSIFICAÇÃO DE EXECUÇÃO		RESULTADO 2020	QUANTO A VALORAÇÃO DA EXECUÇÃO NO ANO BASE DE REFERENCIA 2020	QUADRO DE METAS					Articuladores (DIRETORIAS)
DIMENSÕES / COMPONENTES.				META ESTADUAL 2019	PROJEÇÃO DAS METAS 2020 -2023				
		Pactuação em 2019	2020	2021	2022	2023			
D1	Diretriz 1 - Garantir, efetivar e consolidar os princípios do SUS, fortalecendo a Atenção Primária na implementação das Redes de Atenção à Saúde e a Política Nacional de Humanização, considerando as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, conforme o Decreto 7508/2011.								
O1	Objetivo 1 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especial, ambulatorial e hospitalar.								
	1.n-INDICADOR(U): Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família (PBF). - META: Aumentar o % de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF). Bom: >=79,00% Razoavel:<79,38% até 72,02% Fraco:< 72,02%.	48,71	FRACO	77,00	79,00	81,00	82,00	83,00	DPAIS
	2.n-INDICADOR: (U) Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica. - META : Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para % equipes de saúde bucal implantadas. Bom: >=46% Razoavel: <46% até 41,65% Fraco: <41,65%.	44,27	RAZOÁVEL	45,00	46,00	47,50	48,50	50,00	DPAIS
	3.e-INDICADOR(U): Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada. - META : Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada. Bom: >=1,00% Razoavel:<1,00% até 0,19% Fraco:<0,19%	0,03	FRACO	1,00	1,00	1,10	1,20	1,30	DPAIS
	4.n-INDICADOR(U) - Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica META : Aumentar a cobertura populacional estimada pela equipes de Atenção Básica. Bom: >= 67,62 % Razoavel:< 67,02 % até 65,49 % Fraco:< 65,49 %	69,49	BOM	73,1	67,62	71	74,55	78,28	DPAIS

3º PASSO – DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES DO PMS

De posse da relação dos problemas identificados, explicados e validados, inicia-se a priorização dos problemas de saúde a ser enfrentados pela gestão municipal, o que consiste na escolha dos problemas cujas intervenções deverão ser mais intensificadas. Este é um procedimento necessário dado o caráter ilimitado dos problemas e a insuficiência dos recursos para o enfrentamento simultâneo de todos os problemas.

Sugere-se que a determinação de prioridades transcorra de forma participativa resultando do debate e da negociação, considerados os pontos de vista dos diversos atores acerca dos problemas e das **oportunidades de ação**. Entretanto, a utilização de critérios de objetivos é defendida pelos teóricos do planejamento, que preconizam uma racionalidade técnica, articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo. Os critérios técnicos proposto aqui para a priorização dos problemas do estado de saúde da população decorrem da matriz de GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) a crescido de critério de classificação de prioridades.

- As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas objetivamente, sob a forma de um enunciado síntese que visa delimitar a estratégia geral e expressar as prioridades do Plano de Saúde. A racionalidade técnica utilizada no momento da priorização dos problemas deve estar sempre articulada à racionalidade política dos atores sociais participantes do processo, uma vez que os problemas são priorizados também em consonância com as diretrizes de governo para a saúde traçadas pela gestão e pelo CMS. As diretrizes devem orientar a formulação do PMS, devendo expressar as direcionalidades gerais das políticas de saúde na gestão do sistema municipal, que estarão vinculados aos objetivos, metas e ações do governo para o setor. Para tanto, a gestão, a equipe de Trabalho do PMS e os conselheiros de saúde devem também levar em consideração: A estrutura programática do rol das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – DOMI do estado do Pará está devidamente compatibilizado com a estrutura da CIT 08, com as seguintes estratégias: - As propostas da gestão municipal para o setor saúde contidas no projeto político de governo, devidamente classificadas no rol; As propostas aprovadas na plenária final das Conferências de Saúde, contidas nos relatórios das últimas conferências municipal, estadual e nacional; As diretrizes nacionais para a saúde elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde, contidas no Plano Nacional de Saúde em vigor, já incluída no rol; As diretrizes estaduais para a saúde contida no Plano Estadual de Saúde em vigor, já incluída no rol;

DIRETRIZES	Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde.
OBJETIVOS	Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.
METAS	Expressam a medida de alcance do Objetivo. Um mesmo Objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância destas para o seu alcance, ao mesmo tempo em que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.
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.

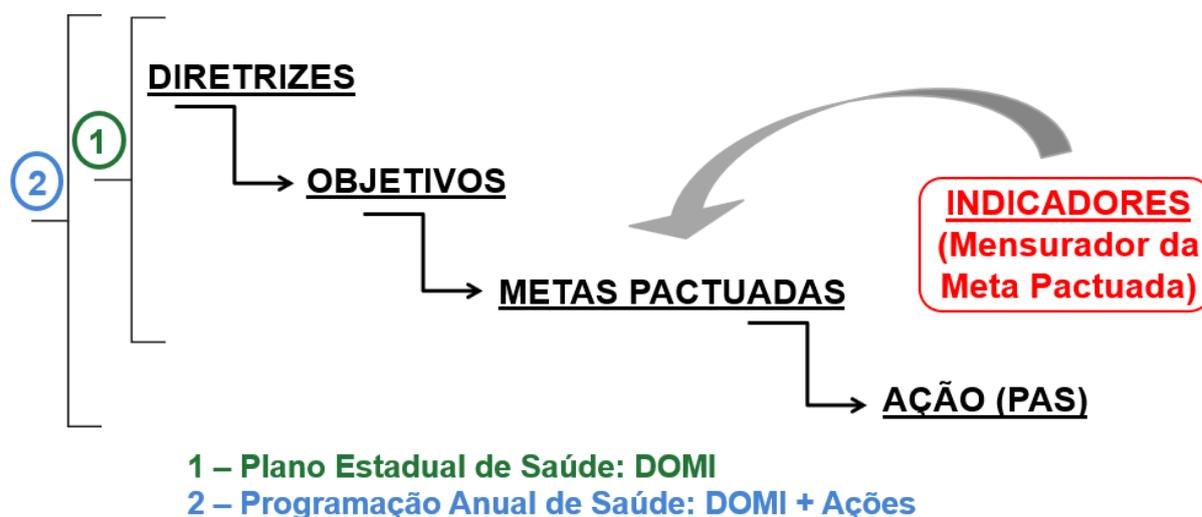
No sentido de facilitar a articulação entre as diretrizes propostas e a previsão orçamentária do Plano, sugerimos que a formulação programática leve em conta ainda os **Blocos de Financiamento do SUS** (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento), tendo em vista que é importante que as mesmas também expressem, no seu enunciado, os princípios doutrinários e organizativos do SUS. A correspondência com os Blocos visa contribuir para a construção da viabilidade financeira das ações que estão sendo planejadas. Entretanto, a correspondência não é necessariamente direta, a ponto de cada diretriz ter apenas um Bloco de Financiamento correspondente. Alguns problemas prioritários muitas vezes podem estar relacionados a mais de um Bloco de Financiamento. Este cenário ainda deverá conter toda esta preocupação, mesmo sabendo da discussão do SUS Legal em canalizar em duas categorias econômicas: custeio e investimento.

4º PASSO - FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS, INDICADORES, METAS DO PMS

Para planejar a intervenção sobre os problemas priorizados é preciso traçar os objetivos almejados, seus indicadores, suas metas e as ações necessárias para alcançar os resultados esperados. Portanto, este é um importante passo que resulta na programação detalhada do que deverá ser realizado nos quatro anos de vigência do plano. Para este momento, propõe-se que

seja desenvolvida a **Oficina 03: Formulação dos objetivos, indicadores, metas e ações**, preferencialmente com os mesmos participantes da oficina 01.

Vale a pena ressaltar quanto os conceitos: que os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados. Os indicadores permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. As metas são expressões quantitativas de um objetivo, elas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”. As ações são as atividades ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no Plano de Saúde. Destaca-se que as ações integram apenas a Programação Anual em Saúde – PAS. Em suma, no PES integram o DOMI (Diretrizes, objetivos, Metas e Indicadores), na PAS consta este mesmo DOMI acrescido das ações que são, justamente, as estratégias/iniciativas elencadas para perseguir, alcançar as metas pactuadas no PES.



Os objetivos também podem ser construídos por meio da **árvore de objetivos**, que se traduz na positivação da **árvore de problemas**, ou seja, para cada problema central apresentado deverá ser proposto um objetivo, neste caso você poderá considerar o rol das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – DOMI.

As causas do problema devem ser convertidas em objetivos específicos e as consequências em resultados esperados, os quais visam ao impacto na melhoria do sistema e do estado de saúde da população medido por meio de indicadores de saúde. Daí destaca-se a necessidade de uma explicação ampla dos problemas identificados a fim de subsidiar a definição

dos objetivos (geral e específico), das metas e ações necessárias ao seu enfrentamento, conforme exemplificado no apêndice E ao lado.

Preliminarmente, as noções básicas do norte programático de que as diretrizes deverão considerar a correspondência com o objetivo e a partir dos objetivos específicos (setorial) serão formuladas as metas e ações que representam o que é necessário fazer para cumprir estes objetivos, bem como a definição dos responsáveis pela condução e execução das ações. Dessa forma, com a especificação desses elementos é possível conformar o módulo operacional, ilustrado no quadro. O módulo operacional corresponde à definição do conjunto de tecnologias que serão acionadas para o enfrentamento do problema e atendimento às necessidades de saúde da população, cuja sistematização resulta em planilhas contendo objetivos, metas, ações e responsáveis de cada diretriz do plano.

APÊNDICE E – Roteiro para a oficina 03: formulação dos objetivos, metas e das ações do PMS.

Objetivo da oficina:

Elaborar os objetivos almejados, estabelecer as metas que se pretende alcançar, as ações necessárias e definir os responsáveis em âmbito institucional, organizando em Módulos Operacionais.

Participantes:

Para esta oficina, a depender da estrutura do município e na medida do possível, recomenda-se a participação dos mesmos representantes das oficinas anteriores, descritos a seguir:

- Gestores do município;
- Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Profissionais das Unidades de Saúde;
- Conselheiros Municipais de Saúde;
- Diretoria Regional de Saúde correspondente;
- Líderes comunitários;
- Representantes de Associações de Classe;
- Membros da academia (Faculdades/Universidades/Institutos).

Dinâmica da Oficina:

1. A equipe de trabalho deve apresentar aos participantes os problemas prioritários, apresentando-os nas planilhas da árvore de problemas (QUADRO 1).
2. Para formulação dos objetivos propomos que os participantes sejam distribuídos em grupos menores, possibilitando melhor aproveitamento do tempo e uma construção coletiva. Através da **árvore de objetivos** (FIGURA 3), que corresponde a positivação da árvore de problemas, o problema central é convertido no OBJETIVO GERAL, as causas em OBJETIVOS ESPECÍFICOS e as consequências em RESULTADOS que se pretende alcançar, conforme exemplificado na **Planilha 4.1**.

Quadro 2: Módulo operacional do Plano Municipal de Saúde.

DIRETRIZ:			
OBJETIVO:			
Objetivo específico/Setorial	Metas	Ações	Responsáveis
1.			
....			

5º PASSO – ANÁLISE DA VIABILIDADE DAS AÇÕES DO PMS

Na construção deste passo é importante levantar todas as facilidades e dificuldades que podem interferir positivamente ou negativamente nas ações planejadas. Para orientar este levantamento, devemos considerar os três componentes de análise: político, técnico-operacional e econômica, expressos em perguntas para orientar a identificação das facilidades e dificuldades de cada ação planejada.

A análise de viabilidade das ações pode ser conduzida a partir das seguintes perguntas:

- **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?
- **Viabilidade Política:** Existe anuência do gestor na execução da ação? Existe articulação intra e inter setorial para execução da ação? Existe concordância do Conselho Municipal para a execução da ação?

Dadas as perguntas orientadoras, propõe-se a construção de uma matriz (QUADRO 3) que organize todas as ações por diretrizes traçadas, 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 3: Módulo operacional do Plano Municipal de Saúde.

Diretriz:			
Objetivo:			
Ação	Facilidades	Dificuldades	Medidas necessárias

O manejo das medidas necessárias é de competência do gestor e sua assessoria direta, constituindo uma espécie de “**agenda estratégica**” que, a priori, não deve compor o documento final do PMS. Em suma, este passo possibilita a construção de estratégias, permitindo uma análise da viabilidade de cada ação e conseqüentemente do PMS.

6º PASSO – ELABORAÇÃO DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA DO PMS.

A previsão orçamentária no PMS está diretamente relacionada à sua viabilidade financeira, pois corresponde à identificação dos recursos necessários para execução das ações definidas para cumprimento dos objetivos do PMS. Portanto, trata-se de um detalhamento da viabilidade financeira descrita no passo anterior. O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) são as fontes de informações necessárias para subsidiar esta elaboração.

PPA	O PPA do município contém a programação de quatro anos de todas as áreas da atuação governamental e as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e é a base de orientação para a elaboração da LDO e da LOA.
LDO	A LDO se configura no instrumento de governo que estabelece as metas e as prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro dos quatro anos de governo, em consonância com o PPA.
LOA	A LOA é o orçamento propriamente dito, ou seja, a previsão de todas as receitas e autorização das despesas públicas anuais, apresentadas de forma padronizada e com várias classificações de cada esfera de governo.

Neste momento é de fundamental importância que os técnicos responsáveis pela elaboração tenham em mãos a cópia do PPA vigente do município. Sendo interessante que, se possível, as discussões para definição de diretrizes, objetivos, metas e ações do PMS tenham sido articuladas com as definições das diretrizes, programas e ações do PPA.

Na identificação dos recursos financeiros disponíveis torna-se necessário considerar sua origem e natureza, de forma a listar os recursos oriundos das três esferas de gestão do SUS. Além dos recursos provenientes do município (próprios do tesouro, recursos de financiamentos ou empréstimos), consideram-se também o recurso federal e estadual transferidos ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), por meio dos Blocos de Financiamento do SUS e os recursos transferidos através de convênios.

No levantamento dos recursos financeiros necessários para cada módulo operacional é importante estimar se possível, as despesas com pessoal e outras despesas de custeio. Além disso, se a ação planejada prevê a ampliação de quadro de pessoal e implantação de novos serviços, deve-se verificar se estas despesas já estão contempladas no elenco de despesas totais de pessoal e custeio, considerando sua agregação em um programa específico. As eventuais despesas com investimentos (obras, instalações, compra de equipamento e material permanente) podem ser calculadas e incorporadas ao montante de recursos necessários para o desenvolvimento das ações de cada diretriz.

A segunda etapa a ser considerada neste passo refere-se à identificação dos recursos orçados no PPA, fazendo sua correlação com as diretrizes, objetivos, metas e ações definidas no PMS. Neste momento, deve-se levar em consideração a apresentação dos recursos no PPA, o que depende da metodologia de formatação adotada pelo município (projeção de receita e despesas). Normalmente os recursos do PPA são agregados por diretrizes ou programas, contendo informações mais detalhadas apresentadas por função e subfunção. As dificuldades encontradas para identificação desses recursos podem ser sanadas por meio da articulação da equipe de trabalho do PMS com a equipe responsável pela elaboração do PPA municipal.

Propõe-se que seja construída uma planilha para realizar a correlação entre as diretrizes e ações formuladas para o PMS com as diretrizes e/ou programas e as ações orçadas no PPA municipal, conforme modelo sugerido no quadro 4.

Neste momento é possível identificar as ações com previsão orçamentária, as ações com previsão orçamentária insuficiente e as ações sem previsão orçamentária, cumprindo parte da análise de viabilidade financeira. Conseqüentemente identificam-se as eventuais lacunas a serem preenchidas com projetos de captação de recursos para áreas específicas ou com remanejamento de recursos entre as diversas áreas técnicas, quando do início do exercício financeiro. O quadro preenchido com as informações hipotéticas de um PMS e de um PPA, com vista a facilitar o entendimento.

Quadro 4 – Identificação da correlação entre as ações do PMS e as ações orçamentárias do PPA municipal.

Diretriz do PMS:				
Objetivo do PMS:				
Programa do PPA:				
Ação do PPA				
Ação do PMS	Descrição	Orçada no PPA		Valor (em R\$ 1.000,00)
		Sim	Não	
1.				
...				

7º PASSO – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PMS

O planejamento não consiste apenas em um simples exercício de projeção de metas futuras, mas em uma ação estratégica da gestão pública que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de forma a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde. Portanto, o planejamento está intrinsecamente relacionado à gestão do SUS. Para que as ações de planejamento possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do SUS, os entes federados devem comprometer-se a realizar o monitoramento e a avaliação, visando analisar os resultados alcançados e as estratégias empregadas para tal.

O monitoramento e a avaliação devem ser processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores assumidos em cada esfera de gestão. No âmbito do planejamento no SUS, o monitoramento e a avaliação devem ser executados de forma individual e conjunta entre os entes federados, tendo como referência as respectivas regiões de saúde.

O monitoramento compreende o acompanhamento regular das metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde em um determinado período e o seu cotejamento com o planejado; enquanto a avaliação envolve a apreciação dos resultados obtidos, considerando um conjunto amplo de fatores. A escolha desses fatores ou critérios que irão orientar a avaliação depende do tipo de apreciação que se pretende realizar, uma vez que toda avaliação consiste na emissão de um juízo de valor sobre as características, a dinâmica e o resultado de programas e políticas.

Os tipos mais comuns e empregados na avaliação são os que consideram: os efeitos sobre a saúde da população (avaliação de impacto ou de efetividade); a obtenção das prioridades

e os objetivos iniciais estabelecidos (avaliação dos objetivos ou da eficácia); a racionalidade no uso dos recursos (avaliação da eficiência); as mudanças ocorridas no contexto econômico, político e social (avaliação de cenário); as disposições constantes da legislação (avaliação de legalidade ou de conformidade); a qualidade da estratégia de implantação das políticas e programas (avaliação da implementação); a análise e a apreciação de instâncias oficiais (avaliação oficial ou institucional); o aperfeiçoamento da capacidade de gestão dos quadros e das unidades da administração pública (avaliação de aprendizagem), entre outros.

A legislação do SUS busca induzir os gestores das três esferas a privilegiar as atividades de monitoramento e de avaliação de impacto ou de efetividade, combinando-as com algumas das outras modalidades de avaliação mencionadas acima. As principais normas relacionadas ao planejamento no SUS ressaltam que a avaliação deve apreciar em que medida as políticas, programas, ações e serviços de saúde implementados no período considerado promoveram a melhoria das condições de saúde da população. Sugere-se que se faça a avaliação a cada ano do PMS.

8º PASSO – APRESENTAÇÃO DO PMS AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE PARA APRECIÇÃO E APROVAÇÃO

Após a elaboração da versão preliminar do PMS, a Equipe de Trabalho deverá apresentá-lo ao CMS para discussão e incorporação das últimas contribuições antes da aprovação e formatação final do documento. Desse modo, a gestão municipal estará atendendo o que determina as leis nº 8.142/90 e nº 141/2012 e o CMS estará cumprindo o seu papel de co-formulador das políticas de saúde no município.

A versão preliminar do PMS pode ser apreciada em uma reunião específica do Conselho ou em seminário aberto à participação de lideranças comunitárias, dirigentes de outros órgãos da Prefeitura, profissionais de saúde e outros convidados. Para a aprovação do PMS sugere-se uma formalização através da publicação de uma resolução do CMS em órgão/veículo oficial de comunicação.

10º PASSO – PUBLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO DO CMS QUE APROVA O PMS EM ÓRGÃO/VEÍCULO OFICIAL DE COMUNICAÇÃO

Cumprindo com o seu papel deliberativo, o Conselho Municipal de Saúde, além do registro em ata da reunião ordinária ou extraordinária para este fim, deve elaborar uma resolução em que

aprova o Plano Municipal de Saúde e publicá-la em Diário Oficial (D.O.) do município, assegurando transparência ao processo e legitimidade do PMS.

CRONOLOGIA DAS ETAPAS DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

PROCESSO	ATIVIDADES	PRAZO ESTIMADO	OBSERVAÇÃO
Elaboração da análise situacional do Plano Municipal de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento dos dados municipais; - Diagnóstico dos problemas de saúde utilizando a metodologia do diagrama dos problemas; - Priorização dos problemas utilizando a metodologia da matriz de GUT 	2ª quinzena de Jan/2021 a 1ª quinzena de Fev/2021	-
Definição das Diretrizes, objetivos, metas e indicadores.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantamento dos indicadores através de consulta aos seguintes documentos: Resolução da CIT de 16 de agosto de 2016; Plano Nacional de Saúde 2016-2019; Relatórios Gerenciais; relatórios das conferências de saúde e outros. 	2ª quinzena de Fev/2021	-
Alocação de Recursos	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de receitas e despesas para o quadriênio. - Elaboração de estratégia de desembolso. 	2ª quinzena de Fev/2021	-
Processo de Monitoramento e Avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de Estratégias de Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde. 	2ª quinzena de Fev/2021	-
Encaminhamento do Plano Municipal de Saúde ao respectivo Conselho Municipal de Saúde	-	1ª quinzena de Mar/2021	-

<p>Elaboração da Programação Anual de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definição do Plano de Ação. - Definição dos responsáveis por cada ação. - Priorização das ações em conformidade com as diretrizes, objetivos, metas e indicadores. - Distribuição dos recursos por ação e por fonte de recurso. 	<p>2ª quinzena de Mar/2021 até a data da elaboração da LDO</p>	<p>-</p>
<p>Encaminhamento da Programação Anual de Saúde ao respectivo Conselho Municipal de Saúde</p>	<p>-</p>	<p>2ª quinzena de Mar/2021 até a data da elaboração da LDO</p>	<p>-</p>

REFERÊNCIAS

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

_____. **Manual Prático de Apoio a Elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador: SESAB, 2009.

_____. **Manual de Orçamento Público**. Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia. Superintendência de Orçamento Público: Salvador, 2011.

_____. **Plano Estadual de Saúde**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 2012.

_____. **Oficinas Integradas do PES 2012-2015**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Salvador, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2000.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 1990a.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28 de Junho de 2011**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jun. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 12466, de 24 de Agosto de 2011**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jan. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização** / Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 187, 26 set. 2013a. Seção I. p. 60.

FERREIRA, M. A.; OLIVEIRA, U. R.; GARCIA, P. A. A. **QUATRO FERRAMENTAS ADMINISTRATIVAS INTEGRADAS PARA O MAPEAMENTO DE FALHAS: UM ESTUDO DE CASO**. Revista UNIABEU Belford Roxo V.7 Número 16 maio- agosto 2014.

MATUS, Carlos. **Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional**. In: RIVERA, F. J. U.; MATUS, C.; TESTA, M. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. 1989. Vol. 2, 222p.

MATUS, Carlos. **Fundamentos da Planificação Situacional**. In: RIVERA, F. J. U. (org.). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989, p.107-123.

KEPNER, C., & TREGOE, B. (1991). **O Novo Administrador Racional**. São Paulo: Makron Books.

ORIBE, Claudemir Y. **Diagrama de Árvore: a ferramenta para os tempos atuais**. Banas Qualidade, São Paulo: Editora EPSE, ano XIII, n. 142, março 2004, p. 78-82.

OPS-OMS. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud**. **Publicación Científica** nº 111. Washington: CENDES-Venezuela, 1965.

PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: CAMPOS, G. W. S. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767 – 782

PINEAULT R.; DAVELUY C. **La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos y estrategias**. Versión Española por Lena Ferrús e Iñaki Berraondo. Masson S.A. / Gestión y Salud: Barcelona, 1990.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador – BA: ISC-UFBA, 2001.

TEIXEIRA, C. F (Coord). VILASBÔAS, A.L.Q, Abdon, C. FERREIRA, M.C. **Planejamento e Gestão de sistemas e serviços de saúde**. In: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde**. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

W.K. KELLOGG FOUNDATION. **Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action**. 2004.

ANEXO I – SUGESTÃO DE PROGRAMA DE GOVERNO

Senhor (a) Secretário (a) Municipal de Saúde;

Dirigimo-nos respeitosamente a V. Sa para sugerir ações e compartilhar informações, que podem ser úteis quando da elaboração de seu programa de governo no que concerne à área da saúde, as quais impactam sobremaneira na qualidade de vida das pessoas.

1- ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE – APS:

Deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS, a principal porta de entrada e centro de comunicação de toda a rede de atenção à saúde, por isso é fundamental que seja pautada nos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação. Vale lembrar que antes da constituição de 1988, só tinha acesso aos serviços de saúde, os trabalhadores formais com carteira assinada.

A maior preocupação do município na área da saúde deve ser para com a Atenção Primária. Trabalhar firmemente a prevenção das doenças e agravos, a proteção da saúde, a promoção (combater sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo, implementar o PSE – Programa de Saúde na Escola, convencer a juventude para evitar gestação na adolescência e o risco das doenças sexualmente transmissíveis).

DEVERÃO SER PRIORIZADAS AS SEGUINTE AÇÕES:

a) **ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA:** Um pré-natal bem feito evita morte materna e da criança. Evitar morte materna é também contribuir para evitar graves problemas sociais no município. A morte da mãe, deixando órfãos, quase sempre implicará em desagregação familiar com todos seus funestos desdobramentos.

b) **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL/ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:** Incentivar, apoiar e proteger o aleitamento materno exclusivo desde o pré-natal, após o parto, dar continuidade a este apoio na Estratégia Amamenta Alimenta Brasil – EAAB, onde mãe e bebê serão apoiados para garantir o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida e complementado com outros alimentos (arroz, feijão, peixe, carne, frango, frutas e legumes frescos e regionais), até os dois anos ou mais. O gestor pode solicitar treinamento de suas equipes de saúde da família à SESPA, e certificar suas unidades de saúde na estratégia.

O ALEITAMENTO MATERNO, além dos extraordinários benefícios do ponto de vista nutricional tem grande influência para garantir um sistema de defesas contra uma série de doenças infecciosas, diminuir risco para obesidade, diabetes e hipertensão arterial (estas últimas responsáveis por 60% de todas as mortes no estado, por doença!!). Além disso, protege a mãe contra câncer de mama e ovário.

c) **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF):** Implantada como Programa em 1994 e transformada em Estratégia em 2006.

É espaço de fortalecimento da APS. Todos os municípios têm equipes implantadas. São os cuidados da saúde chegando aos lares, às famílias. É importante garantir equipes completas, desde o Agente Comunitário até ao médico. A ESF tem sido extremamente eficaz para trabalhar a prevenção de doenças, a proteção e a promoção da saúde além propiciar o diagnóstico precoce de doenças (Tuberculose, Hanseníase, etc.) e controle de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, etc.), assim como evitando também agudização das referidas doenças (enfarte, AVC, descompensação de diabetes, por exemplo). Cada equipe deve ser responsável por cerca de 3.000 pessoas. Procure se informar a quantas anda a cobertura da ESF no seu município. O ideal é que se chegue a 100%.

2- VIGILÂNCIA EM SAÚDE E CONTROLE DE DOENÇAS:

a) VACINAÇÃO - Investimento extraordinário na qualidade de vida da população é a vacinação. São mais de 20 doenças gravíssimas evitáveis pelas vacinas, como por exemplo: Tuberculose, Hepatites A, B e C, Meningites, Rubéola, Gripe Influenza, Pneumonias, Diarreia grave por rotavírus, Febre amarela, Poliomielite, Tétano, Câncer do colo do útero (mais de 200 óbitos em 2015) entre outras. Fazer busca ativa para vacinar principalmente todas as crianças e idosos, é investimento. Vai reduzir gastos com internações, TFD (Tratamento Fora do Domicílio) e melhorar a condição laboral da população.

b) CONTROLE DE ENDEMIAS: Dê muita atenção na manutenção da equipe de Agentes de Controle de Endemias-ACE. Evite fazer substituição desses servidores, considerando a natureza dos trabalhos realizados e o tempo necessário para formá-los, mantenha o serviço funcionando com a equipe completa e com os materiais necessários para sua atividade para o controle efetivo da Dengue, Zika Vírus, Febre Chicungunya, Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas que requerem controle e vigilância permanente. Esteja sempre ciente de como anda esse número de casos em seu município. As ações de controle são primeiramente de responsabilidade direta das equipes de saúde municipais.

c) A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: Precisa ser apoiada e não reprimida, ou limitada apenas para vigiar o povo da oposição. É preciso a vigilância sanitária de rotina, em todos os estabelecimentos que comercializam alimentos que a população está consumindo, verificando se os produtos estão dentro do prazo de validade e em boas condições de armazenamento e conservação. Bem como a vigilância nas farmácias, restaurantes, padarias, hotéis, indústrias de alimentos, e em todas as demais instituições objeto de vigilância sanitária.

d) VIGILÂNCIA AMBIENTAL: É preciso monitorar a qualidade da água para consumo humano. A responsabilidade do município é coletar a água, encaminhar as amostras para os laboratórios regionais, alimentar os sistemas de informação de vigilância da água, e propor e monitorar medidas de correção das fontes de água distribuídas para consumo humano que estejam em condições impróprias para consumo, comprovadas por exame físico-químico.

3- ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR:

a) SERVIÇO HOSPITALAR: Quanto a atenção a serviços especializados e principalmente internações hospitalares, cirurgias, etc., aos pequenos municípios é importante fazer pactuações com os municípios polo ao invés de implantar tais serviços em hospitais de pequeno porte no próprio município. Um pequeno hospital que não tenha anestesista, cirurgião, clínico, ginecologista - obstetra e pediatra, além de uma boa equipe de enfermagem, custa caro e é pouquíssimo resolutivo para os dias de hoje, onde as causas externas já se constituem na segunda causa de morte e os acidentes viários enchem os serviços de saúde.

Se no seu município tiver um Hospital de Pequeno Porte procure assegurar neste hospital, o primeiro atendimento, com a maior qualidade e resolutividade possível. Encaminhando apenas o que não for possível resolver. Não fique preocupado apenas em ter um serviço de saúde funcionando nas 24 horas. Procure saber se o que está sendo encaminhado para ser atendido em outros municípios não poderia ser resolvido no seu próprio serviço de saúde.

b) ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E TRANSFERÊNCIA PARA OUTROS MUNICÍPIOS: Converse com sua equipe de saúde, peça relatório dos casos que estão sendo encaminhados. Converse com sua equipe médica para só encaminhar o que for realmente grave e que precise de serviço de maior complexidade. Há muito encaminhamento desnecessário de clínica médica ou pediátrica que poderia ser resolvido num Hospital de Pequeno Porte, e não é por falta de medicamentos, materiais e equipamentos básicos nos serviços de urgência e emergência e de internação nas clínicas básicas municipais. Se você não controlar o que está sendo mandado para os outros municípios, não haverá número de ambulância que dê conta de tanta transferência de paciente, e o gasto com TFD será muito alto.

c) SERVIÇO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO: Faça avaliação trimestral dos resultados dos exames, em especial os de imagem. Se mais de 30% estão normais, é porque está havendo exagero nos pedidos.

Caso você precise implantar ou equipar um laboratório de análises clínicas, e se existir serviço laboratorial que possa ser contratado, faça isso até que tenha serviço próprio, isso após avaliar o que terá menos custo. Não deixe de assegurar o serviço de apoio diagnóstico. Converse com sua secretaria de saúde para ter clareza que seu município controla hipertensos e diabéticos com exames de laboratórios de grande importância para prevenir as complicações. Um número elevado de pacientes do município fazendo hemodiálise, nos leva a repensar como está o controle de hipertensos e diabéticos na atenção básica, bem como avaliar se existe serviço de apoio diagnóstico para melhor controle desses pacientes, na atenção especializada.

d) SERVIÇO DE TFD: A equipe do serviço de Tratamento Fora do Domicílio –TFD tem que ter condições de avaliar se o serviço solicitado para outro município pode ser atendido e resolvido nos serviços de saúde existentes no seu próprio município. Solicite relatórios periódicos de sua equipe, sobre os pacientes em TFD, muitas vezes o tratamento se encerra e o paciente continua recebendo o incentivo. Não descarte a possibilidade de contratar um profissional para prestar

atendimento em seu município, ao invés de pagar TFD, um exemplo disso são as sessões de fisioterapia. Avalie o custo benefício.

e) CENTRAL DE REGULAÇÃO MUNICIPAL: Mantenha funcionando, com equipe mínima capaz de acompanhar as pactuações do seu município, a fim de controlar a utilização dos recursos financeiros de média e alta complexidade pactuados.

4- INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS OBRIGATÓRIOS:

A SESPA oferta treinamento para a equipe municipal para sua elaboração. A não elaboração pode levar a suspensão de repasse de recursos do governo federal e estadual. Todos têm que ser encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal. Exija da sua secretaria de saúde que elabore e lhe encaminhe esses instrumentos dentro dos prazos. Tais instrumentos devem ser elaborados pela equipe municipal e pode ter apoio da SESPA. Mais informações sobre os instrumentos de gestão podem ser buscados na Lei Complementar 141/12

a) **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE:** Antecede a elaboração do PPA – Plano Plurianual e tem a mesma vigência.

b) **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE:** Detalhamento das metas do plano municipal de saúde para um ano, com programação orçamentária.

c) **RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR:** Preenchido em meio eletrônico por todos os estados e municípios do país, quadrimestralmente. Deverá ser apresentado na câmara de vereadores e Conselho de Saúde.

d) **RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO:** Preenchido em meio eletrônico por todos os estados e municípios do país. Deverá ser apresentado ao Legislativo e ao Conselho Municipal de saúde.

5- FINANCIAMENTO, PRESTAÇÃO DE CONTAS E SUSPENSÃO DE RECEITAS:

a) **FINANCIAMENTO TRIPARTITE:** O Ministério da Saúde, e o estado repassam recursos aos municípios. O município tem que destinar no mínimo 15% da sua receita líquida para as ações e serviços de saúde (Lei complementar nº 141, de janeiro de 2012).

b) **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE:** O fundo é uma unidade orçamentária e gestora dos recursos da saúde, sob gestão da secretaria municipal de saúde, com autonomia para decidir as quotas orçamentárias e para gerir os recursos da saúde, e não apenas uma unidade pagadora de despesas da saúde. Cuidado com as penalidades previstas na lei complementar 141/2012!!!

c) **BLOCOS DE FINANCIAMENTO:** O Ministério da Saúde repassa recursos em blocos de financiamento, o recurso de um bloco não pode ser usado com despesas de outro bloco. Temos os seguintes Blocos:

- ✓ ATENÇÃO BÁSICA
- ✓ VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- ✓ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
- ✓ ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
- ✓ GESTÃO
- ✓ INVESTIMENTO

Se você quiser conhecer previamente quanto o seu município recebe do governo federal, por bloco de financiamento, entre no Site <http://www.fns.saude.gov.br>

d) **REPASSES ESTADUAIS:** O estado repassa recursos na forma de contrapartida estadual para atenção básica; vigilância em saúde; assistência farmacêutica básica, insumos para controle do diabetes; SAMU e UPA; além de cofinanciamento de alguns serviços municipais de referência regional. Ainda repassa equipamentos e ambulâncias adquiridas com recursos de emendas parlamentares.

e) **PRESTAÇÃO DE CONTAS:** A prestação de contas de todos os recursos se dá através dos relatórios quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão-RAG, todos analisados e acompanhados pelos órgãos de controle externo. (TCM / TCE / TCU).

f) **SUSPENSÃO DE RECEITAS MUNICIPAIS ORDINÁRIAS:** Pode ocorrer se a Secretaria Municipal de Saúde não alimentar e homologar, a cada dois meses, o SIOPS (Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde). Portanto, o contador tem que conhecer as peculiaridades da gestão orçamentária e financeira da área da saúde e deve dialogar com a secretaria municipal de saúde e conselho municipal de saúde. Em caso de dúvidas procure o NISPLAN/SESPA (**Fone: (91) 4006-4807- e-mail: nisplan@gmail.com**).

6- REGIONALIZAÇÃO, GOVERNANÇA REGIONAL E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA:

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: Grande parte da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 1990, foi regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011. De acordo com o Decreto, a Regionalização da Saúde é tida como a principal estratégia para efetivação da integralidade da atenção à saúde no SUS. As regiões de saúde são espaços geográficos formados pelo território de todos os municípios que a compõe, cuja delimitação considerou o fato de serem vizinhos, terem compartilhamento de serviços de transporte, identidade cultural e econômica, entre outros fatores, e principalmente os serviços de saúde existentes naquele território e o compartilhamento desses serviços pelos municípios. O estado do Pará, em atenção ao Decreto 7508/2011 e em comum acordo com o COSEMS- Conselho de Secretários Municipais de Saúde, aprovou em

2012, o novo desenho de regionalização da saúde. A governança regional se dá através da Comissão Inter gestores Regional - CIR, formada por todos os secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria estadual de saúde.

a) **GOVERNANÇA REGIONAL E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA:** Cada Região de saúde tem uma Comissão Inter gestores Regional; a CIR é um espaço de governança regional, onde são discutidas e deliberadas as decisões acerca de ações e serviços de saúde de abrangência municipal ou regional. A Comissão Inter gestores Bipartite-CIB, é um espaço de governança em nível estadual, composta por secretários municipais de saúde e secretaria estadual de saúde, e a Comissão Inter gestores Tripartite-CIT em nível nacional, composta por representação dos secretários municipais de saúde (CONASEMS), representação das secretarias estaduais de saúde (CONASS) e Ministério da Saúde. Desta forma consolida-se a articulação Inter federativa.

O (a) Prefeito (a) precisa garantir e cobrar a participação do (a) seu secretário (a) municipal de saúde na reunião mensal da CIR, sob pena de não participar das decisões que influenciarão diretamente a atenção a saúde de sua população.

7- REDES DE ATENÇÃO E CONSÓRCIOS DE SAÚDE:

a) As regiões de saúde deverão comportar redes de atenção a saúde, as quais estão estruturadas com vários serviços de saúde, alguns de funcionamento e abrangência municipal, outros de referência regional.

O Estado do Pará tem aprovado, em todas as regiões de saúde, os planos estaduais construídos por região, das seguintes redes de atenção e linhas de cuidados prioritários.

- a) PLANO DA REDE CEGONHA (ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL)
- b) PLANO DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
- c) PLANO DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
- d) PLANO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
- e) PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA
- f) PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO EM NEFROLOGIA
- g) PLANO ESTADUAL DE CONTROLE DA OBESIDADE
- H) PLANO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PORTADOR DE FENDA LÁBIO-PALATAL.

Os municípios de todas as regiões de saúde estão gradativamente implantando e colocando em funcionamento os serviços constantes nos citados Planos, cujo custeio, é tripartite (Município, Estado e União).

É necessário que a gestão municipal conheça o que já está programado para seu município nesses planos, **a fim de não prometer em campanha eleitoral a implantação de serviços que o porte populacional de seu município não comporte, ou que já estão programados e em andamento para implantação.**

Além disso, é necessário conhecer esses planos para assegurar recursos no PPA para as ações e serviços constantes nos Planos já aprovados na CIB e no Ministério da Saúde.

b) Para implementar a estruturação das redes de atenção e os serviços hospitalares e ambulatoriais de maior complexidade, os municípios poderão constituir os Consórcios de Saúde. A SESPA vem desenvolvendo com os municípios processo de implantação de Consórcio Inter federativo de Saúde, onde o estado integrará o Consórcio, e financiará 51% do custeio dos serviços consorciados, ficando os 49% a ser custeado pelos municípios membros do consórcio.

8- INTERSETORIALIDADE:

Para efetivar essas propostas na prática, há que haver no município o máximo esforço para a maior integração possível entre as políticas públicas de educação, assistência, agricultura, saúde, cultura, lazer, segurança no trânsito e o estímulo a emprego e renda. Você verá que no final, quando tudo falha, as consequências vêm para ser tratadas nos serviços de saúde. Por isso é necessário investir em:

8.1- AGRICULTURA FAMILIAR: incentivar, financiar e ajudar tecnicamente a agricultura familiar, assim como a criação de pequenos animais, para consumo familiar. O gestor pode procurar a ADEPARÁ, EMATER, SEMAS e outras instituições/entidades afim, para estabelecer parcerias

8.2- SANENAMENTO BÁSICO:

a) Parcerizar com a população a **diminuição da produção do lixo** e sua separação e reaproveitamento por reciclagem. Isto aumenta recursos financeiros para o município além de diminuir grandemente as doenças de veiculação hídrica e por contaminação de alimentos e proliferação de vetores de doenças (Aedes da Dengue, Chicungunya, Zika e Febre Amarela; carapanã da Malária e ratos - Leptospirose, Hantavirose).

b) **O tratamento da água** é imprescindível para a saúde. A secretaria Municipal de Saúde (SMS) recebe recursos federais para vigilância ambiental destinado ao controle da qualidade da água. É de grande importância que o gestor valorize esse controle e realize as medidas necessárias para garantir a qualidade da água. Isso pode ocorrer em um poço ou caixa d'água de uma escola, ou de um micro sistema de abastecimento de água. Com a água bem cuidada, você controlará surtos de hepatite A e E, e diarreias por exemplo. Temos sentido pouco caso com esse serviço, na maioria dos pequenos municípios, onde essas doenças têm aumentado, e os exames da água comprovam que estão impróprias para o consumo. Na zona rural convencer a população para o uso do hipoclorito ou mesmo a fervura da água. Com isto pode-se eliminar as doenças diarréicas (salmoneloses como Febre Tifóide, hepatite A, Rota vírus, amebíase, giardíase, entre outras).

8.3-ORDENAMENTO DO TRÂNSITO E DA MOBILIDADE URBANA:

a) **IMPLANTE O DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO: PROCURE ORIENTAÇÕES NO DETRAN.** Investir na implantação do Departamento Municipal de Trânsito é uma medida que organiza o trânsito municipal, dar sinalização às vias para maior controle dos motoristas, motociclistas e pedestres. Além disso, fazer educação permanente para

prevenção de acidentes, que levará a grande melhoria dos indicadores assistenciais e financeiros da área da saúde, e conseqüentemente dos indicadores sociais, influenciando na diminuição de mortes e deficiências decorrentes de acidentes de trânsito. Em 2015 morreram quase 02 motociclistas ao dia no estado!!

b) ORGANIZE COM A SECRETARIA DE OBRAS E URBANISMO O CONTROLE DAS OCUPAÇÕES DOS ESPAÇOS PARA CALÇADAS, A FIM DE ASSEGURAR QUE OS PEDESTRES E DEFICIENTES TENHAM POR ONDE CAMINHAR, SEM SE EXPOR AOS ACIDENTES DE TRÂNSITO.

Não precisa construir as calçadas, se não tiver recursos, mas manter acessível o espaço para se caminhar. E se alguém desrespeitar estabeleça multa, e com os recursos da multa faça as calçadas.

c) ARBORIZAÇÃO DE VIAS PÚBLICAS: PLANTE ÁRVORES AO LONGO DAS VIAS PÚBLICAS.

O aquecimento global torna cada vez mais insuportável se caminhar pelas ruas nos horários de sol intenso. Quando a cidade não tem transporte coletivo, ou as pessoas não têm recursos para o transporte individual, caminhar é a única forma de se locomover.

d) CONSTRUA ABRIGOS COBERTOS NAS PARADAS DE ÔNIBUS OU OUTRO MEIO DE TRANSPORTE DE SUA CIDADE, SE FOR DE BARCO, CONSTRUA UM ABRIGO ADEQUADO PARA EMBARQUE E DESEMBARQUE.

A maioria dos gestores não experimenta ficar a céu aberto esperando transporte, sujeito a sol, a chuva e ao desgaste físico, se o transporte demora. Nesse lugar passa a maioria da população. Ficam idosos, crianças, gestantes, pessoas sadias ou adoecidas, expostas a desumanização das gestões municipais.

8.4- CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA:

Todas as estratégias que concorram para a paz e não violência são bem vindas:

a) LEI DO SILÊNCIO: Procure adotar políticas municipais e atividades culturais que concorram para o lazer, sem desrespeitar a lei do silêncio. Muitas vezes é a própria gestão municipal que realiza nos espaços públicos o verdadeiro desrespeito ao direito de sossego. É preciso saber que em uma mesma rua moram:

- ✓ A criança que brinca o dia todo e adormece cansada, e a que acabou de nascer e não consegue dormir com tanto barulho do seu novo mundo;
- ✓ O jovem, que precisa de lazer e o que precisa estudar para uma prova do primeiro emprego;
- ✓ O idoso saudável, e o idoso adoecido, muitas vezes por doenças crônicas, que o mantém 24 horas sobre uma cama em seu domicílio, cuja noite sem dormir agrava seu desconforto;
- ✓ A mulher e o homem que passaram o dia trabalhando fora, parte da noite trabalhando em casa, e estão impedidos de dormir à noite, por uma festa ensurdecidora, e no outro dia tem que voltar a trabalhar tudo de novo;

- ✓ As pessoas que precisam dormir à noite para acordarem cedo no dia seguinte a fim de pegar um transporte lotado, que os conduzirá por horas até seu local de trabalho.

Todos têm direitos. Cabe ao poder público ordenar em uma mesma comunidade o acesso a esses direitos. Recentemente vimos na televisão um crime decorrente do desrespeito ao direito ao sossego, ao silêncio, e o descontrole emocional que o excesso de barulho promove nas pessoas.

b) ATIVIDADES PERMANENTES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL.

c) ATIVIDADES PERMANENTES DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.

d) ATIVIDADES PERMANENTES NAS ESCOLAS SOBRE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS E GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.

e) ATIVIDADES PERMANENTES DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO.

9) CONTROLE SOCIAL

A Participação da Comunidade, previsto no artigo 198 da Constituição Federal e regulamentado na lei 8.142/1990, é política importante e decisiva para a implementação do Sistema Único de Saúde.

A participação social na saúde garante à população duas formas de participação: a) a de avaliar a saúde e propor diretrizes para a política de saúde nos municípios, nos estados e para a União, e b) a de atuar nas estratégias e definição das políticas de saúde, bem como no acompanhamento de sua execução, mediante participação no conselho de saúde.

Você deve buscar estabelecer com as representações comunitárias e sindicais um relacionamento franco e democrático, trabalhando com transparência a fim de obter seu apoio na implementação das políticas de saúde de interesse da população.

Muito do que aqui se explicita não depende de muito dinheiro, depende da capacidade da Gestão responsável, conciliadora, agregadora e transparente.

Procure ter a população apoiando e participando, se sentindo corresponsável pela gestão de seu município, desenvolvendo em cada um e em cada uma, o sentimento de pertencimento!!!

"A Política é um conjunto de meios pelos quais se permite alcançar os efeitos desejados para o bem comum"

(Russel)

Autores das sugestões de programas de governo: Eunice Begot; Hélio Franco; Maridalva Pantoja; Rosângela Monteiro; Terezinha Cordeiro; Waldir Cardoso.

**CONTATO DAS DIRETORIAS E CENTROS REGIONAIS DA SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ - SESPA**

DIRETORIAS DA SESPA

DEAF - Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica

Diretor: Guilherme Morgado

E-mail: deaf@sespa.pa.gov.br

Telefone: 4006-4280

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DAF - Diretoria Administrativa e Financeira

Diretora: Denise da Costa Gomes Silva

Telefone: 4006-4203 / 4006-4206 / 4006-4242

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DDRAR - Diretoria de Desenvolvimento de Redes Assistenciais

Diretora: Simone Trindade Oliveira

E-mail: c.hospitaisregionais@gmail.com

Telefone: 4006-4243

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DDASS - Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde

Diretor: Guilherme Mesquita

E-mail: ddass.sespa@gmail.com

Telefone: 4009-7442 / 4009-7443 / 4009-7411

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DGTES - Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Diretora: Kelly de Cassia Peixoto de Oliveira Silveira

E-mail: dgtes.sespa@gmail.com dgtes@sespa.pa.gov.br

Telefone: 4006-4324 / 4006-4248 / 4006-4266

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DPAIS - Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Diretora: Laena Costa dos Reis

E-mail: dpais.sespa@gmail.com

Telefone: 3223-8170 / 3244-9709 / 3226-0761

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

DVS - Diretoria de Vigilância em Saúde

Diretor: Denilson José Silva Feitosa Jr

E-mail: diretoriavigilanciaemsaude@gmail.com

Telefone: 4006-4857 / 4006-4851

Endereço: Tv. Lomas Valentinas, nº2190 - Marco, Belém - PA, CEP 66093-677.

ETSUS - Escola Técnica do SUS

Diretora: Elizete do Socorro da Silva Braga

E-mail: etsuspa@gmail.com

Telefone: 3202-9302 3202-9300 3202-9303

Endereço: Tv. Da Estrella, nº 2342, Marco, Belém – PA, CEP 66080-471.

CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE DA SESP

1º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Belém: End.: Av. Presidente Vargas, nº 513, Bairro: Centro / CEP: 66.017-000.

Municípios: (Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará)

2º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Santa Izabel: End.: Tv. Capitão Noé de Carvalho, nº 1757, Bairro: Juazeiro / CEP: 68.790-000.

Municípios: (Santa Izabel do Pará, Acara, Bujaru, Colares, Concórdia do Pará, Santo Antônio do Tauá, São Caetano de Odivelas, Tomé Açú e Vigia de Nazaré)

3º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Castanhal: End.: Rua Major Wilson, s/nº, Bairro: Nova Olinda / CEP: 68.745-000.

Municípios: (Castanhal, Curuçá, Igarapé-Açú, Inhangapi, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, São Francisco do Pará, São Domingos do Capim, São João da Ponta e Terra Alta)

4º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Capanema: End.: Rua Miguel Leite, nº 2805 / CEP: 68.700-210.

Municípios: (Capanema, Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Nova Timboteua, Ourém, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Traquateua e Viseu)

5º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

São Miguel do Guamá: End.: Rua Américo Lopes, nº 262 – CEP: 68.660-000.

Municípios: (São Miguel do Guamá, Aurora do Pará, Capitão Poço, Dom Eliseu, Gafarrão do Norte, Ipixuna do Pará, Irituia, Mãe do Rio, Nova Esperança do Piriá, Paragominas e Santa Maria)

6º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Barcarena: End.: Tv. São Francisco, nº 86 – Bairro Centro. CEP: 68.445-000.

Municípios: (Barcarena, Abaetetuba, Igarapé-Miri, Mojú e Tailândia)

7º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Belém: End.: Rua de Óbidos, 590, Cidade Velha / CEP: 66020-446.

Municípios: (Afuá, Chaves, Cachoeira do Arari, Muaná, Ponta de Pedras, Santa Cruz do Arari, Soure, Salva Terra e São Sebastião da Boa Vista)

8º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Breves: End.: Praça Dário Furtado, nº 100 – Bairro Centro / CEP: 68.800-000.

Municípios: (Breves, Anajás, Bagre, Curralinho, Gurupá, Melgaço e Portel)

9º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Santarém: End.: Praça Barão de Santarém, nº 130, Bairro Centro / CEP: 68.005-000.

Municípios: (Santarém, Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Juruti, Jacareacanga, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos Oriximiná, Prainha, Placas, Rurópolis, Terra Santa e Trairão)

10º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Altamira: End.: Rua Sete de Setembro, nº 2047, Bairro Centro / CEP: 68.371-970.

Municípios: (Altamira, Anapú, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajás, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu)

11º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Marabá: End.: Folha 31, Quadra Especial, Lote 1 e 2, Bairro: Nova Marabá / CEP: 68.513-240.

Municípios: (Marabá, Abel Figueiredo, Bom Jesus do Tocantins, Brejo Grande do Araguaia, Breu Branco, Canãa dos Carajás, Eldorado dos Carajás, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento, Palestina do Pará, Parauapebas, Piçarra, Rondon do Pará, São Domingos do Araguaia, São Geraldo do Araguaia, São João do Araguaia e Tucuruí)

12º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Conceição do Araguaia: End.: Praça da Bíblia, nº 300, Bairro Centro / CEP: 68.540-000.

Municípios: (Conceição do Araguaia, Água Azul do Norte, Bannach, Cumarú do Norte, Floresta do Araguaia, Ourilândia do Norte, Pau D'arco, Redenção, Rio Maria, Santa Maria das Barreiras, Santana do Araguaia, São Félix do Xingu, Sapucaia, Tucumã e Xinguara)

13º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE

Cametá: End.: Praça Padre Prudêncio, nº 3404, Bairro Centro / CEP: 68.400-000.

Municípios: (Cametá, Baião, Oeiras do Pará e Limoeiro do Ajuru)