

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sistema de Planejamento do SUS

Uma construção coletiva

Avaliação do desenvolvimento do
Plano Nacional de Saúde - 2004-2007
Um pacto pela saúde no Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Sistema de Planejamento do SUS

Uma construção coletiva

Avaliação do desenvolvimento do
Plano Nacional de Saúde - 2004-2007
Um pacto pela saúde no Brasil

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Cadernos de Planejamento – volume 4

Brasília, DF, 2007

© 2007 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Cadernos de Planejamento – volume 4

Tiragem: 1ª edição – 2007 – 6.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

Coordenação Geral de Planejamento

Esplanada dos Ministérios, bloco G

Edifício Sede, 3º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2677

Fax: (61) 3224-9568

E-mail: cgpl@saude.gov.br e planejassus@saude.gov.br

Edição:

Aristel Gomes Bordini Fagundes

Comitê Temático Interdisciplinar:

“Informação para a Gestão do Plano Nacional de Saúde” (CTI-PNS-Ripsa)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007: Um pacto pela saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

72 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 4)

ISBN 978-85-334-1422-8

1. Planejamento em saúde. 2. Planejamento de base. 3. Legislação. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0839

Títulos para indexação:

Em inglês: Planning System of the Unified Health System (SUS): a Collective Construction: evaluation development of the Health National Plan - 2004-2007: a pact for the health in Brazil

Em espanhol: Sistema de Planificación del Sistema Único de Salud (SUS): una construcción colectiva: valuación del desarrollo del Plano Nacional de Salud – 2004-2007: un pacto por la salud en Brasil

Sumário

Apresentação	7
1 Sistema de Planejamento do SUS	9
2 Construção e conformação do PNS	13
2.1 Processo	14
2.2 Estrutura	15
3 Criação do CTI-PNS	17
3.1 Antecedentes	18
3.2 Atuação	18
3.3 Conclusões	21
4 Análise do cumprimento de metas do PNS	23
4.1 Notas metodológicas	24
4.2 Resultados e discussão	26
4.3 Recomendações	38
4.4 Encaminhamento	39
ANEXOS	41
ANEXO A – Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006	42
ANEXO B – Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006	45
ANEXO C – Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007	49
ANEXO D – Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007	51
ANEXO E – Comitê Temático Interdisciplinar: informação para a gestão do Plano Nacional de Saúde (CTI-PNS-Ripsa)	53
ANEXO F – Esquema básico de trabalho do CTI-PNS/Ripsa	54
ANEXO G – Resumo de algumas observações e comentários feitos pelos participantes da reunião de apresentação do relatório de trabalho do CTI-PNS/Ripsa, realizada em 18 de outubro de 2006	55

Apresentação

Este volume 4 da série cadernos de planejamento apresenta o trabalho gerado pelo Comitê Temático Interdisciplinar: Informação para a Gestão do Plano Nacional de Saúde/CTI-PNS, organizado junto à Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa).

A decisão de transformar o relato do CTI-PNS, feito em outubro de 2006, em um caderno da mencionada série tem em conta a densidade do trabalho realizado e a sua importância para a construção da cultura de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa construção vem se dando no âmbito do Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, cuja necessidade ficou especialmente evidenciada logo nas primeiras iniciativas de mobilização da Ripsa para a formulação do PNS.

Criado inicialmente para apoiar o monitoramento e a avaliação do PNS 2004-2007, o processo de trabalho do CTI, resumido neste documento, gerou uma série de iniciativas importantes para a função planejamento ao longo de seus dois anos de funcionamento. Tais iniciativas não estão restritas ao planejamento no âmbito do Ministério da Saúde e, em particular, ao PNS. Na verdade, abrangem todo o SUS, de que são exemplos o próprio PlanejaSUS e a elaboração do guia dos instrumentos básicos – objeto do caderno 2 desta série –, no qual estão incorporadas as suas recomendações e sugestões.

O caminho percorrido pelo Comitê para traçar uma proposta de modelo de acompanhamento e avaliação do Plano Nacional foi extremamente rico, e está aqui registrado de forma sumarizada. Este caderno, que se apresenta muito mais sob a forma de relatório, traz, inclusive, algumas observações e comentários feitos por profissionais de saúde e especialistas de diversas instituições que, em diferentes momentos, puderam conhecer e debater as idéias geradas pelo grupo. É, sem dúvida, uma fonte de consulta para a reflexão contínua de todos profissionais que atuam em planejamento no SUS.

Ao publicar este Caderno, a Coordenação Geral de Planejamento espera contribuir para o acesso ao conhecimento do processo desta imprescindível função, em especial do acompanhamento e da avaliação que, apesar de estratégicos para o aprimoramento da gestão, ainda constituem importante desafio a ser superado.

Ayrton Galiciani Martinello
Coordenador-Geral de Planejamento/SPO/SE/MS

1 Sistema de Planejamento do SUS

A idéia de organização de um sistema de planejamento do SUS surgiu durante o processo de formulação do Plano Nacional de Saúde – PNS –, mais especificamente quando da discussão de sua gestão, monitoramento e avaliação, por um grupo consultivo *ad hoc*, mobilizado pela Secretaria Técnica da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). O MS decidiu transformar essa idéia em proposta para ser discutida com profissionais de planejamento dos estados e municípios. Promoveu, então, em outubro e novembro de 2005, oficinas macrorregionais destinadas a identificar bases para a organização e o funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

Além dos órgãos e entidades do próprio MS, as oficinas reuniram quatro representantes de cada Unidade Federada, a saber: dois de todas as Secretarias Estaduais e dois de Secretarias Municipais – um de todas as capitais e um de município com até 50 mil habitantes –, cuja indicação foi solicitada aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems –, conforme sugerido pelo Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). O PlanejaSUS é, pois, resultado das proposições e indicações que se constituíram maioria nessas oficinas, geradas em grupos de trabalho e nos encaminhamentos aprovados nas respectivas plenárias. Trata-se de uma construção coletiva que está se dando na prática de sua operacionalização. Desde então, têm sido realizadas oficinas macrorregionais, nas quais são avaliadas e programadas as ações destinadas a implementar o PlanejaSUS.

O PlanejaSUS tem por objetivo coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir – oportuna e efetivamente – para a sua consolidação e, conseqüentemente, para a resolubilidade e qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira. Inicialmente, a atuação do PlanejaSUS terá expressão concreta na formulação dos instrumentos assumidos como comuns às três esferas de gestão, conforme conceitos, estrutura básica e processos mínimos definidos.

Entre as características e pressupostos do PlanejaSUS, destacam:

- objetivos e responsabilidades claramente definidos para conferir direcionalidade ao processo de planejamento no SUS;
- nenhuma forma de hierarquização entre as áreas de planejamento das três esferas de gestão;
- organização e operacionalização baseadas em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todos os níveis direção do SUS;
- processos resultantes de pactos objetivamente definidos, com observância dos papéis específicos de cada esfera, assim como das respectivas necessidades e realidades sanitárias;

- como parte do ciclo de gestão, deve estar próximo dos níveis de decisão do SUS;
- pactuação permanente das bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, promoção da participação social e articulação intra e intersetorial;
- agilização do atendimento de necessidades importantes da gestão do SUS, por exemplo os instrumentos estratégicos decorrentes do processo de planejamento (revisão ou formulação de planos, programações e relatórios) e viabilização da rápida conformação do PlanejaSUS.

O Sistema de Planejamento do SUS está regulamentado pela Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006 (ANEXO A), na qual estão estabelecidos os instrumentos básicos, comuns às três esferas de gestão, que dão expressão concreta à atuação deste Sistema (Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão). Além dessa Portaria, compõem o arcabouço legal do PlanejaSUS: a Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 (ANEXO B), que aprova orientações gerais relativas aos referidos instrumentos; a Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007, que institui o incentivo financeiro para a organização e implementação do PlanejaSUS (ANEXO C); e a Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007 (ANEXO D), relativa ao fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, Estados, do Distrito Federal e da União.

2 Construção e conformação do PNS

A construção do Plano Nacional de Saúde – PNS – teve início em meados de 2003, após a conclusão do Plano Plurianual/PPA 2004-2007 do setor saúde. Embora as Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 – tratem de forma específica desse instrumento de gestão, essa foi uma iniciativa até então inédita no âmbito federal.

A Lei nº 8.080/90 estabelece, como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, “a elaboração e atualização periódica do plano de saúde” (Art. 15), indicando ainda que, de conformidade com o plano, deve ser elaborada a proposta orçamentária do SUS. Nesse mesmo artigo, é atribuída às três esferas de gestão do Sistema a responsabilidade de “promover a articulação da política e dos planos de saúde”. No capítulo III, relativo ao Planejamento e ao Orçamento, o § 1º do Art. 36 define que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Já a Lei nº 8.142/90 fixa que os recursos federais destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, para serem recebidos pelos municípios, estados e o Distrito Federal, deverão ter por base o plano de saúde (Art. 4º).

2.1 Processo

Para iniciar a construção do PNS, o Ministério da Saúde formulou, com o apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e da Fundação Oswaldo Cruz, uma agenda de trabalho cuja implementação ocorreu a partir da realização de seminário, em novembro de 2003, com o objetivo de afinar conceitos e colher subsídios sobre estrutura/conteúdo, processo de acompanhamento e avaliação do Plano, mobilização de atores e segmentos sociais para participar de sua elaboração.

Desse seminário participaram dirigentes e técnicos do MS, membros do Conselho Nacional de Saúde e representantes do Conass e do Conasems, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e de outros setores do Governo Federal. Em 2003 também, aproveitando a mobilização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi realizada pesquisa junto a participantes deste evento visando levantar opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no PNS. Com base nas sugestões oriundas do seminário citado, foram conformados o referencial e o processo para a elaboração do PNS, os quais constituíram objeto de discussão e aperfeiçoamento em diferentes eventos específicos, nos colegiados e fóruns internos do MS, na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

Para agilizar o processo de elaboração do Plano e imprimir-lhe a necessária racionalidade, estabeleceu-se que as discussões e a consulta a diferentes atores e segmentos seriam realizadas a partir de uma pré-proposta, elaborada com base:

- a) nas deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS);

- b) no Projeto Saúde 2004 – contribuição aos debates da 12ª CNS, desenvolvido pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, Secretaria de Gestão Participativa/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Organização Pan-Americana da Saúde, que consistiu no levantamento e análise de problemas relacionados ao acesso às ações e serviços de saúde com diferentes atores sociais;
- e
- c) no Plano Plurianual/PPA 2004-2007, instrumento do Governo Federal, estabelecido no Art. 156 da Constituição de 1988, que é aprovado mediante lei específica do Poder Executivo.

Essa pré-proposta foi discutida no âmbito dos colegiados dos órgãos e entidades do MS, que indicaram uma série de sugestões e ajustes. Daí resultou a proposta do Plano Nacional de Saúde, que embasou oficina de trabalho macrorregional, realizada em junho de 2004, reunindo técnicos e gestores das três esferas de direção do SUS, os quais apontaram diretrizes e metas prioritárias do Plano, segundo as peculiaridades e perfil epidemiológico de suas respectivas áreas de abrangência. A proposta do PNS, encaminhada previamente aos conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, foi analisada e aprovada na reunião plenária do dia 4 de agosto de 2004 e publicada no Diário Oficial da União no mês de dezembro subsequente.

2.2 Estrutura

Um dos desafios importantes na estruturação do PNS foi a definição do seu formato e das informações essenciais que deveria apresentar aos gestores, profissionais de saúde e à sociedade em geral. A partir do amadurecimento de desenhos iniciais, optou-se por estabelecer os objetivos, diretrizes e metas a serem buscados no período de 2004 a 2007 – baseados na análise situacional – que respondessem às necessidades apontadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde e que se constituíssem referência para os gestores e para o controle social do SUS.

Assim, o Plano Nacional de Saúde está estruturado em quatro partes, a saber: (i) princípios que orientam o PNS; (ii) síntese da análise situacional da saúde no Brasil; (iii) objetivos e diretrizes, com as respectivas metas para o período 2004-2007; (iv) gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Considerando que esses elementos essenciais que conformam o PNS – em especial os objetivos, as diretrizes e as metas – guardam a necessária inter-relação, foram adotados recortes comuns buscando assegurar, ao mesmo tempo, a interdependência e especificidade destes elementos. Com isso, procurou-se, também, resguardar uma simetria mínima, mas necessária, entre esses elementos essenciais. Dessa forma, os objetivos, as diretrizes e as metas correspondentes são apresentadas segundo os seguintes recortes: (i) linhas de atenção à saúde (organização das ações e serviços de assistência); (ii) condições de saúde da população (agravos

e doenças, segmentos populacionais mais vulneráveis e intervenções específicas); (iii) setor saúde (em especial, iniciativas de saúde que envolvem outros setores); (iv) gestão em saúde; e (v) investimento em saúde.

Os objetivos a serem alcançados com o PNS são os mesmos do Plano Plurianual 2004-2007 da Saúde, estabelecidos também em processo que envolveu ampla e diversificada mobilização. Ao todo são 23 objetivos. Os objetivos, as diretrizes e as metas norteiam a definição das ações a serem implementadas, as quais dão consequência prática ao Plano Nacional e que são objeto da programação. As diretrizes – como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas – são expressas sob a forma de enunciado-síntese, seguido de uma breve contextualização, que busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. A partir das diretrizes, é apresentado o rol de metas a serem alcançadas. A propósito, vale assinalar que, por ocasião das mudanças e ajustes indicados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS –, procedeu-se também à revisão de algumas diretrizes e metas, tendo em conta sugestões formuladas por consultores e colegiados do MS. Tal revisão resultou na junção de algumas metas ou no deslocamento de outras para o âmbito das diretrizes, considerando o caráter operacional que encerram.

Ressalte-se, de outra parte, os limites que devem ser levados em conta tanto na definição quanto no acompanhamento de algumas metas. Diversas metas estabelecidas no Plano são baseadas nos dados existentes nos sistemas de informação de base nacional, tais como o Sistema de Informações sobre Mortalidade, o Sistema de Informações de Nascidos Vivos e o Sistema de Informações de Agravos de Notificação, entre outros. É fundamental que se considere – seja na avaliação das linhas de base dos indicadores, seja no acompanhamento das metas definidas – a heterogeneidade na cobertura e a qualidade das informações desses sistemas nas diferentes regiões e estados brasileiros.

As metas que envolvem informações de mortalidade, por exemplo, podem ser influenciadas pelos problemas existentes na captação de óbitos e pelo elevado percentual de mortes por causas mal definidas em algumas regiões, especialmente no Norte e no Nordeste. Estados com melhor acurácia desse Sistema podem apresentar maiores taxas de mortalidade na linha de base ora avaliada. Por outro lado, eventuais elevações das taxas acompanhadas – quer na esfera local/regional, quer nas metas nacionais – poderão ocorrer pelo desejado aprimoramento dos sistemas de informação, sem representar todavia uma pior situação de saúde.

3 Criação do CTI-PNS

Na 11ª Oficina de Trabalho Interagencial da Rede Interagencial de Informação para a Saúde – OTI/Ripsa –, realizada em 20 e 21 de maio de 2004, foi apresentado o Plano Nacional de Saúde – PNS – que, na ocasião, estava em processo de elaboração com características inovadoras, pela ampla participação dos atores envolvidos na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os participantes da OTI destacaram, no debate que se seguiu à apresentação, a relevância da iniciativa, o mérito do processo participativo adotado e o interesse demonstrado pelo Ministério da Saúde em se valer da experiência da Ripsa no desenvolvimento do PNS. Nesse sentido, a OTI recomendou à Secretaria Técnica da Ripsa discutir mecanismos que viabilizassem essa participação.

3.1 Antecedentes

Assim, em 23 de julho de 2004, a Secretaria Técnica da Ripsa reuniu na Opas um grupo consultivo *ad hoc* convidado para dar contribuições ao documento preliminar, sobretudo com referência aos aspectos de gestão, monitoramento e avaliação do PNS. Participaram profissionais de grande experiência no tema e identificados com os trabalhos da Ripsa. A sistematização das discussões configurou-se subsídio relevante aos desdobramentos seguintes.

Em síntese, o grupo constatou que a sistemática adotada na construção do Plano reproduzia a organização interna do Ministério da Saúde, dificultando a visualização de problemas prioritários a serem trabalhados e, conseqüentemente, as funções de gestão, monitoramento e avaliação do processo e de seus resultados. No entanto, considerou de grande alcance o trabalho iniciado pelo MS, por intermédio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva – SPO/MS –, com relevância estratégica para o desenvolvimento do SUS. Nesse sentido, houve grande disposição do grupo de contribuir para a sua continuidade e aperfeiçoamento, mediante análise minuciosa do conteúdo do PNS, com vistas a identificar um núcleo de iniciativas nacionais prioritárias que pudesse ser monitorado e avaliado.

A Secretaria Técnica da Ripsa, na sua 5ª reunião de 2004 – em 9 de agosto –, aprovou a constituição de Comitê Temático Interdisciplinar para tratar de Informação para a gestão do Plano Nacional de Saúde – CTI-PNS-Ripsa –, conforme esquema básico proposto (ANEXO E).

3.2 Atuação

Na primeira reunião do CTI, em 28 de setembro 2004, foi aprovada a versão final do esquema básico de funcionamento (ANEXO F) e discutida a sua operacionalização. A participação do Subsecretário da SPO foi importante para esclarecer o processo político e institucional em que se situava a implementação do PNS, contribuindo assim para superar dificuldades iniciais do CTI em identificar uma

linha objetiva de trabalho. O próprio Plano já havia sido atualizado pela SPO, incorporando recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

Nessa reunião, o CTI sugeriu um conjunto de cinco eixos de análise que poderia caracterizar melhor os resultados do processo. Embora a SPO não pudesse alterar os recortes já adotados, que foram pactuados com os órgãos responsáveis, a sugestão foi aproveitada na parte introdutória da versão final do Plano, sob o título de princípios orientadores. Entre outros pontos, o CTI se propôs a elaborar matriz que sistematizasse os objetivos, diretrizes e metas do PNS, com as responsabilidades institucionais correspondentes, de modo a facilitar a discussão do modelo de trabalho do Comitê.

Esse produto foi analisado na segunda reunião do CTI, realizada em 4 de novembro de 2004. Decidiu-se então rever as diretrizes e metas do PNS, com vistas a estabelecer eixos estratégicos de ação para o processo de avaliação. O trabalho consistia em reordenar as diretrizes, subdiretrizes e metas, de acordo com itens da Agenda Estratégica e das Iniciativas Prioritárias do Governo Federal. A partir disso, seriam solicitados esclarecimentos aos órgãos do Ministério da Saúde, responsáveis pelas metas do PNS, que subsidiassem o monitoramento e a avaliação do Plano. Em dezembro de 2004, por ocasião da 12ª OTI da Ripsa, foi apresentado um informe sobre o andamento das atividades do CTI-PNS.

A etapa seguinte consistiu na elaboração da matriz sintética, trabalhada pelo Professor Eduardo Mota, reordenando as diretrizes, subdiretrizes – identificadas na contextualização que se segue a cada diretriz – e metas do PNS, segundo os itens da Agenda Estratégica e das Iniciativas Prioritárias (constantes, como referido, dos princípios orientadores do PNS). As metas do PNS foram detalhadas, com a formulação de indagações comuns e específicas, buscando articulá-las com as diretrizes respectivas de modo a verificar a suficiência das metas para cumprir as diretrizes do PNS e a agenda estratégica do Ministério.

Esse produto foi analisado por um subgrupo do CTI reunido em 18 de maio de 2005, que estabeleceu novas linhas de aprofundamento do trabalho, com vistas à definição de um nicho nacional a ser acompanhado e avaliado pelo CTI-PNS. O subgrupo dedicou-se, em seguida, a selecionar as subdiretrizes e metas que são de competência federal, mediante consulta à legislação do SUS. Resultou desse esforço uma nova matriz, que correspondia ao núcleo de responsabilidades federais no PNS. Nela foram identificadas lacunas que deveriam ser trabalhadas pelo Ministério para assegurar a correlação entre subdiretrizes e metas do Plano.

Com base nesse tratamento inicial, a SPO promoveu um processo de consultas às áreas técnicas do MS envolvidas na elaboração do PNS, para atualizar as metas e analisar as pendências indicadas pelo CTI. Paralelamente a esse esforço, a SPO iniciou a implementação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), conforme descrito no item 1 precedente.

Em 5 de abril de 2006, o CTI-PNS foi novamente convocado para apreciar o trabalho realizado pela SPO. A reunião analisou uma nova versão da matriz, na qual estavam identificadas as metas prioritárias, utilizando como referência o Pacto pela Saúde 2006, as iniciativas prioritárias do governo e o documento de Perspectivas 2006 do Ministério. A planilha correlacionava as subdiretrizes do PNS com as metas do Plano Plurianual (PPA), num esforço inicial para vincular os objetivos de saúde – efetividade das ações – com a lógica orçamentária (produtividade).

Concluída a revisão da planilha com base nas contribuições das áreas técnicas do Ministério, o subgrupo do CTI voltou a se reunir em 26 de abril de 2006. Sugeriu que o Ministério revisasse o Plano sob a forma de anexo ao documento original, destacando o cumprimento das metas previstas para 2006 e as programadas para 2007, segundo prioridades estabelecidas.

Conforme agendado, o subgrupo do CTI-PNS se reuniu em 31 de maio para apreciar o trabalho de sistematização realizado pela SPO, que atribuiu graus de prioridade às metas do PNS, combinando a sua inserção entre as Metas Presidenciais, as Iniciativas Prioritárias 2004/2007, as Perspectivas para 2006 e o Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006). O grupo concluiu que a matriz de prioridades deveria conter as metas classificadas nas categorias 0, 1, 2 e 3 (esta última quando a subdiretriz ou meta estiver relacionada ao Pacto pela Saúde).

Acordou-se também elaborar o informe final dos trabalhos do CTI, com recomendações ao Ministério da Saúde sobre a continuidade dos trabalhos de monitoramento do Plano Nacional de Saúde. Nesse sentido, foi proposta a realização de uma reunião do CTI com a presença do Ministro, dos dirigentes dos órgãos de primeiro escalão do Ministério e dos correspondentes coordenadores de planejamento. Os membros do Comitê foram incumbidos da elaboração dos produtos parciais relativos ao informe.

Na reunião seguinte do CTI de 25 de julho de 2006, foram apresentados e debatidos os produtos antes acordados: descrição do processo de construção e a estrutura do Plano Nacional de Saúde; sumário do desdobramento desse esforço na organização do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS); e consolidação de todo o trabalho realizado pelo CTI-PNS desde a sua criação em 2004, como conseqüência da mencionada Oficina de Trabalho realizada em julho daquele ano. Eduardo Mota e Celso Simões realizaram, em conjunto, uma análise crítica do cumprimento das metas do PNS no período de 2004-2006, consubstanciada em documento preliminar que tomou por base a versão mais atualizada da matriz elaborada pela SPO (junho de 2006). Nessa reunião, também foram revisadas as diretrizes e subdiretrizes do PNS, com as respectivas metas, procurando identificar as fontes de informação disponíveis para a construção de indicadores aplicáveis.

3.3 Conclusões

Considerou-se que o aprofundamento da análise do cumprimento das metas permitirá à SPO/SE: verificar os indicadores da Ripsa que se aplicam ao PNS; observar tendências relativas ao cumprimento das metas; e identificar prioridades e necessidades adicionais de informação. A partir desse trabalho e das necessidades do processo de planejamento, a SPO poderá, junto às áreas de informação em saúde no Ministério, subsidiar o aprimoramento dos conteúdos temáticos.

Quanto à continuidade dos trabalhos relativos ao monitoramento e à atualização do PNS, o CTI sugeriu: retorno às áreas técnicas do Ministério da Saúde para avaliação e eventual incorporação ao planejamento de seu trabalho; aproveitamento dessa experiência e a do PlanejaSUS para a próxima versão do Plano, a ser trabalhada em 2007, com vistas ao novo período (2008-2011); ênfase no caráter dinâmico do próximo Plano Nacional de Saúde, que deve orientar a elaboração do PPA e seguir uma programação reajustável anualmente; elaboração do próximo PNS prevendo indicadores de monitoramento com as fontes de dados correspondentes, segundo padrão adotado na Ripsa; e convergência do desenvolvimento do PlanejaSUS com os princípios estabelecidos no Pacto pela Saúde 2006, de modo a potencializar as duas iniciativas.

Com o objetivo de fortalecer essas proposições, os resultados do trabalho conjunto realizado pelo CTI e pela SPO/SE foram apresentados ao primeiro escalão do Ministério da Saúde e aos coordenadores da área de planejamento, para considerações e avaliação de suas perspectivas futuras, em reunião realizada no dia 18 de outubro de 2006.

4 Análise do cumprimento de metas do PNS¹

1 O tratamento e a análise das informações foram realizados pelos Drs. Celso Simões e Eduardo Mota, ao qual coube a apresentação na reunião do dia 18 de outubro de 2006.

A presente análise do cumprimento das metas do PNS foi realizada a partir de uma matriz que sintetiza as diretrizes, subdiretrizes e metas estabelecidas para cada um dos recortes adotados no Plano Nacional de Saúde 2004-2007, como assinalado no item precedente, utilizando-se os dados registrados para este período. O objetivo dessa análise é contribuir para a definição de um modelo e a produção de informações que subsidiem os processos de acompanhamento e avaliação do PNS.

Essa matriz foi posteriormente revista pela Coordenação Geral de Planejamento da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS) que acrescentou, para cada meta, a área/órgão do MS responsável pela execução e as informações sobre a ação programática (metas físicas), assim definidas: (i) realizado em 2004; (ii) realizado em 2005; (iii) previsto em 2006; e programado para 2007. Para essa revisão, contribuíram as áreas técnicas do MS e o CTI-PNS. Utilizou-se a matriz sintética de metas em sua versão de junho 2006.

4.1 Notas metodológicas

Ao analisar as diretrizes do PNS, o Comitê procedeu à articulação das informações constantes dessa matriz com diferentes fontes de prioridade, começado com as Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), constantes do capítulo 2 do Plano, e as metas correspondentes. Em seguida, todas as metas foram articuladas também com o que está exposto no Pacto pela Saúde (PS), de acordo com a Portaria nº 399/2006; com o que consta do documento Perspectiva 2006 (PP); e com o que estabelecem as Metas Presidenciais (MP). Algumas metas estavam associadas com mais de uma dessas fontes e, por esta razão, foram estabelecidos critérios de priorização das metas para fins de análise.

Foram consideradas como de maior prioridade:

- as metas presidenciais;
- as metas constantes em duas ou três daquelas fontes; e
- as metas que estavam articuladas com o Pacto pela Saúde.

Dessa maneira, essas metas tiveram tratamento separado e constituíram a Matriz I da análise. A Matriz II da análise reuniu as demais metas que constavam em apenas uma dessas fontes (exceto em MP ou PS) e as que não constavam em qualquer das fontes citadas.

Na Matriz I, entre as 49 metas listadas, havia 15 metas do conjunto das MP; 9 metas das IP; 17 metas das PP; 33 metas do PS. Na Matriz II, foram listadas: IP – 24 metas; PP – 31 metas; e outras 121 que não constavam de qualquer das fontes citadas, totalizando 176. A modelagem final da priorização das metas é apresentada no quadro a seguir.

Quadro 1. Classificação das metas do PNS segundo as diferentes fontes de prioridade e o número de metas correspondentes, por matriz de dados, Brasil, 2006.

Matriz	Especificação das metas segundo fonte de prioridade	Nº de metas
I	Metas constantes das Metas Presidenciais (MP)	15
	Metas constantes em três fontes de prioridades (IP, PS e PP)	3
	Metas constantes em duas fontes de prioridades (IP e/ou PS e/ou PP)	10
	Metas constantes em uma fonte de prioridade (PS)	21
	Subtotal	49
II	Metas constantes em uma fonte de prioridade exceto as relativas ao PS	55
	Metas que não constavam de qualquer das fontes de prioridade	121
	Subtotal	176
	Total	225

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

IP – Iniciativas Prioritárias 2004/2007; PS – Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006); PP – Perspectiva 2006.

Na análise das informações da Matriz I, foram excluídas 16 metas, sendo duas por estarem repetidas e 14 porque não apresentavam todas as informações necessárias (para 11 delas a área não retornou informação sobre metas físicas 2005-2007 e para duas outras não havia programação para 2007). Da Matriz II, foram excluídas cinco metas: duas por repetição e três por não apresentarem informações para 2007. Dessa maneira, o quantitativo de metas analisadas foi de 33 para a Matriz I e de 171 para a Matriz II.

A seguir, estão listadas as metas excluídas da análise em cada uma das matrizes de informações.

Metas excluídas da análise da Matriz I

Metas Presidenciais: 2

- Recorte 1, diretriz 4, meta: (1) reformar e equipar 961 serviços de urgências e emergências.
- Recorte 2, diretriz 22, meta: (2) expandir a implantação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidente de Trânsito” para 100% das capitais.

Metas do PS: 12

- Recorte 1, diretriz 1, metas: (3) implementar programa de qualificação da atenção à saúde; (4) promover mudança no modelo de atenção para a adoção de práticas resolutivas; (5) adotar incentivos – aos gestores equipes de saúde e suas gerências – para a implementação de práticas voltadas à humanização da atenção

à saúde; (6) implantar sistema de acreditação da rede hospitalar pública e privada.

- Recorte 1, diretriz 2, meta: (7) garantir a qualificação da atenção básica em 80% das unidades de saúde da família.
- Recorte 2, diretriz 7, metas: (8) capacitar, em 50% dos municípios, os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra; (9) inserir o quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.
- Recorte 2, diretriz 9, meta: (10) implantar a política do idoso em 50% dos municípios de residência da população do campo.
- Recorte 3, diretriz 2, metas: (11) fortalecer os planos municipais, estaduais e nacionais de saúde como instrumentos de gestão e como elementos para pactos intergestores; (12) revisar, sistematizar e aprovar junto a CIT a regulação inerente a regulamentação do planejamento do SUS; (13) definir e aprovar junto a CIT instrumentos básicos de planejamento para as três esferas de governo; (14) implementar o Sistema de Planejamento no SUS (PlanejaSUS) nas 27 UF's.

Metas excluídas da análise da Matriz II

Metas PP

- Recorte 1, diretriz 10, metas: (1) renovar 3/5 (do total de petições de renovação protocoladas em 2006) dos registros de medicamentos similares em comercialização no mercado brasileiro, com base na comprovação de testes de equivalência farmacêutica; (2) renovar 3/5 (total de petições de renovação protocoladas em 2006) dos registros de medicamentos similares das classes terapêuticas – antibióticos, anti-neoplásicos e anti-retrovirais – com base na comprovação de testes de biodisponibilidade relativa.

Meta que não constava das prioridades:

- Recorte 3, diretriz 3, meta: (3) estabelecer cooperação técnica com entidades vinculadas ao SUS para elaboração de projetos de investimentos.

Para realizar a análise do cumprimento de cada meta, os montantes registrados para o realizado em 2005 e o previsto para 2006 – este último considerado como resultado preliminar para este ano –, foram comparados separadamente com o programado para 2007, calculando-se o percentual alcançado para cada meta. Em seguida, os percentuais foram classificados em quatro grupos de grau de cumprimento da meta, a saber: grau I= até 25%; grau II= de 26% a 50%; grau III= de 51% a 75%; e grau IV= maior que 75%.

4.2 Resultados e discussão

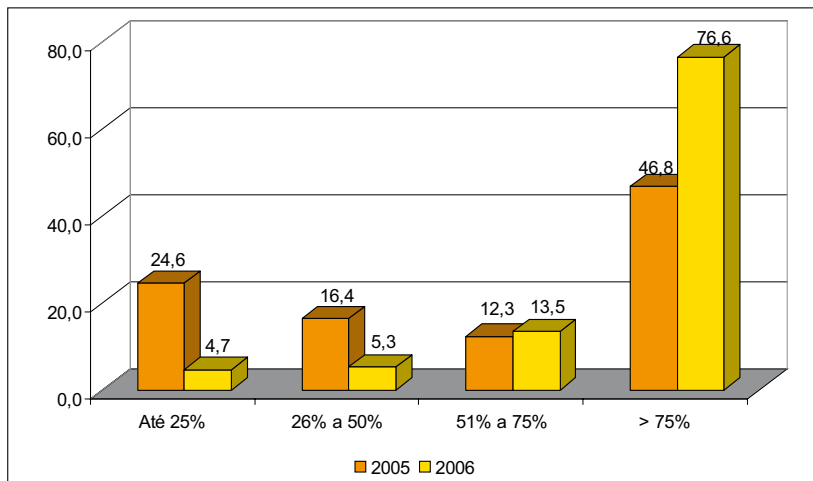
Na **Tabela 1** e **Gráfico 1**, a seguir, são apresentados os resultados da avaliação do cumprimento das metas incluídas na Matriz II.

Tabela 1. Distribuição do número de metas da Matriz II segundo grau de cumprimento e recorte do PNS, Brasil, 2005-2006.

Recortes	2005 - Graus de cumprimento de metas				2006 - Graus de cumprimento de metas				% de grau IV do total			
	I	II	III	IV	Total	% de grau IV do total	I	II		III	IV	Total
1. Em relação às linhas de atenção à saúde	5	8	3	8	24	33,3	1	3	4	16	24	66,7
2. Em relação às condições de saúde	18	11	9	40	78	51,3	4	3	11	60	78	76,9
3. Em relação à gestão em saúde	11	7	1	17	36	47,2	3	2	6	25	36	69,4
4. Em relação ao setor saúde	8	2	8	15	33	45,5	0	1	2	30	33	90,9
Total nº	42	28	21	80	171	46,8	8	9	23	131	171	76,6
%	24,6	16,4	12,3	46,8	100,0		4,7	5,3	13,5	76,6	100,0	

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.
Nível de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Gráfico 1. Distribuição do percentual de metas da Matriz II segundo grau de cumprimento, PNS, Brasil, 2005-2006.



Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

Nível de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Na análise das informações da Matriz II, observa-se que a proporção das metas classificadas como tendo grau de cumprimento IV – isto é, para aqueles em que se alcançou mais de 75% do que está programado para 2007 – experimentou aumento expressivo entre 2005 e 2006, para todos os recortes do PNS. Para o Recorte 1 (Em relação às linhas de atenção à saúde), esse percentual passou de 33,3% para 66,7%; para o Recorte 2 (Em relação às condições de saúde), variou de 51,3% a 76,9%; no Recorte 3 (Em relação à gestão em saúde), aumentou de 47,2% para 69,4%; e para o Recorte 4 (Em relação ao setor saúde), passou de 45,5% para 90,9%. Nota-se também, no total, que ao tempo em que a proporção de metas classificadas no grau I (cumprimento até 25%) diminuiu de 24,6% em 2005 para 4,7% em 2006, o percentual de metas classificadas como grau IV aumentou de 46,8% para 76,6%, evidenciando um desempenho progressivamente maior entre os dois anos considerados em relação ao que se espera alcançar em 2007.

Entretanto, entre as metas com desempenho mais baixo em 2006, se registravam cinco programadas somente para 2007, a saber: (1) implantar fábrica de preservativo masculino em Xapuri/AC; (2) aumentar em 5% a cobertura vacinal de hepatite B em adolescentes por meio de campanhas educativas; (3) realizar uma campanha nacional de prevenção de deficiência; (4) realizar estudo sobre as

condições de saúde da população penitenciária; e (5) estabelecer a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde. Por outro lado, para 91 (53,2%) metas, tinham sido alcançados em 2006 percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 100%.

Nota-se ainda que para as metas do Recorte 1, o desempenho mais baixo em 2005 foi modificado para 2006, com o dobro da proporção de metas classificadas como de grau de cumprimento IV naquele último ano, e o elevado percentual de metas com grau IV (90,9%) em 2006 para o Recorte 4.

Em síntese, do total das 171 metas constantes da Matriz II, observa-se que 46,8% já haviam alcançado mais de 75% de cumprimento em 2005. E, em 2006, esse percentual alcançava pouco menos de 77% de cumprimento no seu total. Além disso, em 2005, estavam incluídas 12% de metas de grau III de cumprimento e, portanto, em torno da mediana de cumprimento entre 50 e 75%, sendo que este valor permaneceu relativamente igual, ou seja, de 3,5%, em 2006.

O gráfico I apresentado anteriormente demonstra que pelo menos um quarto das metas relativas a 2005 apresentava grau de cumprimento abaixo de 50% ou até 25% de cumprimento; 16%, entre 26 e 50%; e somente 46,47% haviam alcançado mais de 75% do cumprimento daquilo que tinha sido previsto.

Nas tabelas e gráficos a seguir, apresentam-se os resultados da avaliação do cumprimento das metas incluídas na Matriz I.

Em 2005, o melhor desempenho ocorreu para as metas do Recorte 3, com 66,7% das metas classificadas como de desempenho IV, seguindo-se as metas do Recorte 1 em que esta proporção foi de 36,4% (Tabela 2). Para aquele ano, havia somente 36,4% do total das metas classificadas como Grau IV e, em contraste, 33,3% das metas ainda estava no Grau I de desempenho (Gráfico 2). A única meta registrada no Recorte 4 (Em relação do setor saúde) alcançou grau de desempenho III em 2005 e permaneceu assim em 2006.

Para 2006, as metas de todos os quatro Recortes tinham, em geral, ultrapassado o percentual de 70% para o grau de cumprimento IV (Tabela 3), com uma proporção total de metas classificadas no Grau IV de 66,7% e somente 2 (6,1%) metas se encontravam com desempenho equivalente ao Grau I (Gráfico 2). Assinala-se ainda que para 13 (39,4%) metas tinham sido alcançados em 2006 percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 100%.

Tabela 2. Distribuição do número e percentual das metas do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1.Em relação às linhas de atenção à saúde	2.Em relação às condições de saúde	3.Em relação à gestão em saúde	4.Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	2	7	2	0	11	33,3
		%	18,2	46,7	33,3	-		
	II	nº	3	1	0	0	4	12,1
		%	27,3	6,7	-	-		
	III	nº	2	3	0	1	6	18,2
		%	18,2	20,0	-	100,0		
	IV	nº	4	4	4	0	12	36,4
		%	36,4	26,7	66,7	-		
	Total	nº	11	15	6	1	33	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%
 Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP) Do total de 49 metas, 16 não foram incluídas na análise.

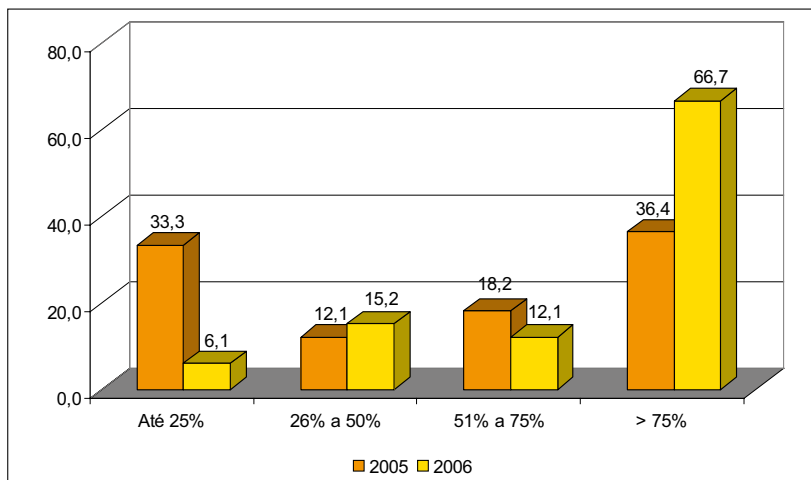
Tabela 3. Distribuição do número e percentual das metas do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	2	0	0	2	6,1
		%	-	13,3	-	-		
	II	nº	2	2	1	0	5	15,2
		%	18,2	13,3	16,7	-		
	III	nº	1	2	0	1	4	12,1
		%	9,1	13,3	-	100,0		
	IV	nº	8	9	5	0	22	66,7
		%	72,7	60,0	83,3	-		
	Total	nº	11	15	6	1	33	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.
 Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP) Do total de 49 metas, 16 não foram incluídas na análise.

Gráfico 2. Distribuição do percentual de metas da Matriz I segundo grau de cumprimento, PNS, Brasil, 2005-2006.



Nas Tabelas 4 e 5 a seguir, apresentam-se os resultados da análise de cumprimento das metas do conjunto classificado como Metas Presidenciais.

Entre as 13 metas analisadas nesse grupo, o percentual de metas classificadas como grau de cumprimento IV aumentou de 23,1%, em 2005, para 61,5%, em 2006. Em contraste, o percentual de metas de grau de cumprimento I que foi de 23,1%, em 2005 foi, nulo em 2006. Além disso, observou-se que para três metas tinham sido alcançados percentuais de cumprimento iguais ou superiores a 90%, em 2006.

As Metas Presidenciais concentram-se nos Recortes 1 e 2, estando nove delas no primeiro destes recortes. Nesse grupo, seis de nove metas foram classificadas como de grau de cumprimento IV.

Tabela 4. Distribuição do número e percentual das Metas Presidenciais (MP) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	II	nº	3	0	0	0	3	23,1
		%	33,3	-				
	III	nº	2	2	0	0	4	30,8
		%	22,2	50,0				
	IV	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	Total	nº	9	4	0	0	13	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

MP: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 15 metas, 2 não tinham dados para análise.

Tabela 5. Distribuição do número e percentual das Metas Presidenciais (MP) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	0	0	0	0	0,0
		%	-	-				
	II	nº	2	1	0	0	3	23,1
		%	22,2	25,0				
	III	nº	1	1	0	0	2	15,4
		%	11,1	25,0				
	IV	nº	6	2	0	0	8	61,5
		%	66,7	50,0				
	Total	nº	9	4	0	0	13	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

MP: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 15 metas, 2 não tinham dados para análise.

As metas associadas ao Pacto pela Saúde, na Matriz I, foram analisadas separadamente, e os dados consolidados podem ser observados nas Tabelas 6 e 7 a seguir.

Tabela 6. Distribuição do número e percentual das Metas do Pacto pela Saúde (PS) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2005.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2005	I	nº	0	6	2	0	8	40,0
		%	-	54,5	33,3	-		
	II	nº	0	1	0	0	1	5,0
		%	-	9,1	-	-		
	III	nº	0	1	0	1	2	10,0
		%	-	9,1	-	100,0		
	IV	nº	2	3	4	0	9	45,0
		%	100,0	27,3	66,7	-		
	Total	nº	2	11	6	1	20	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

PS: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

No Recorte 4, inclui somente PP e IP.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 34 metas, 12 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

Tabela 7. Distribuição do número e percentual das Metas do Pacto pela Saúde (PS) do PNS segundo o grau de cumprimento e recortes, Brasil, 2006.

Ano	Grau		Recortes				Total	
			1. Em relação às linhas de atenção à saúde	2. Em relação às condições de saúde	3. Em relação à gestão em saúde	4. Em relação ao setor saúde	Nº	%
2006	I	nº	0	2	0	0	2	10,0
		%	-	18,2	-	-		
	II	nº	0	1	1	0	2	10,0
		%	-	9,1	16,7	-		
	III	nº	0	1	0	1	2	10,0
		%	-	9,1	-	100,0		
	IV	nº	2	7	5	0	14	70,0
		%	100,0	63,6	83,3	-		
	Total	nº	2	11	6	1	20	100,0

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

PS: Inclui metas de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP) e da Perspectiva 2006 (PP).

No Recorte 4, inclui somente PP e IP.

Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

Do total de 34 metas, 12 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

Nesse grupo de metas, há maior número nos Recortes 2 e 3. Para as primeiras, a proporção de metas classificadas como de grau IV de cumprimento aumentou de 27,3%, em 2005, para 63,6%, em 2006 e para as metas do Recorte 3 estas proporções variaram de 66,7% a 83,3%. No total, 70% das metas do Pacto pela Saúde tinham alcançado grau de cumprimento IV em 2006, embora se tenha verificado que 4 (20%) metas ainda se classificavam nos graus I e II em 2006, três delas no Recorte 3 (Em relação as condições de saúde).

Tabela 8. Distribuição do número de metas* do PNS segundo o grau de cumprimento** por recorte*** e diretriz, Brasil, 2005 e 2006.

Recoir-tes	Diretrizes	nº total Metas	2005				2006								
			I	II	III	IV	I	II	III	IV					
											% de grau IV do total	% de grau IV do total			
1	2. Expansão e efetivação da atenção básica de saúde.	4			1	3				4					100,0
	4. Reorganização da atenção ambulatorial e do atendimento de	4	1	2	1					1	1	2			50,0
	5. Reorganização da atenção de alta complexidade.	2	1			1				1	1				50,0
	8. Efetivação da política nacional de assistência farmacêutica.	1		1											100,0
2	3. Prevenção e controle da malária, da dengue e de outras doenças trans-mitidas	2	2							2					0,0
	4. Prevenção e controle da Aids e outras doenças sexualmente transmi-tidas.	3	1	1	1										100,0
	5. Controle da tuberculose e eliminação da hanseníase.	2				2									100,0
	9. Implementação de política de saúde para a população do campo.	1	1							1					100,0
	15. Promoção da atenção à saúde do idoso voltada à qualidade de vida.	2	2							1	1				50,0
	19. Promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição.	1		1											0,0
	21. Ampliação do acesso à atenção em saúde bucal.	4	1	2	1					1	1	2			50,0
3	2. Aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS.	3				3									100,0
	5. Aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS.	3	2			1				1					66,7
4	7. Defesa do interesse público na assistência complementar à saúde.	1				1									0,0
Tota		33	11	4	6	12				2	5	4	22		66,7

Fonte: Plano Nacional de Saúde - PNS, SPO/SE/MS.

*Inclui: Metas Presidenciais (MP), de Iniciativas Prioritárias 2004/2007 (IP), do Pacto pela Saúde (PS) e da Perspectiva 2006 (PP).

**Grau de cumprimento das metas: I = até 25%, II = 26 a 50%, III = 51-75% e IV > 75%.

***Recortes: 1. Em relação às linhas de atenção à saúde; 2. Em relação às condições de saúde; 3. Em relação à gestão em saúde; 4. Em relação ao setor saúde.

Do total de 49 metas, 14 não tinham dados para análise e 2 estavam repetidas e foram excluídas.

A análise da Matriz I foi realizada também por recortes e diretrizes do PNS (Tabela 8). O grau de desempenho em 2006 alcançou 100% para o nível IV no conjunto das metas das diretrizes relativas à atenção básica de saúde e à política de assistência farmacêutica (recorte 1 do PNS – Linhas de atenção à saúde).

No recorte 2 (Condições de saúde), as metas relacionadas à prevenção e controle da Aids/DST, do controle da Tuberculose/Hanseníase e da implementação de política de saúde para a população do campo também alcançaram 100%, em 2006. No recorte 3 (Gestão em saúde), somente as metas relativas ao aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalização do SUS alcançaram 100% no grau de cumprimento IV. Nota-se que as metas da diretriz relativa à prevenção e controle da malária, da dengue e de outras doenças transmitidas por vetores, da promoção da alimentação saudável e combate à desnutrição e da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde permaneceram com grau de desempenho de nível III ou menos, em 2006.

4.3 Recomendações

O trabalho desenvolvido permitiu ao CTI identificar um conjunto de recomendações voltadas ao desenvolvimento futuro desse processo de acompanhamento – inclusive do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) – e da relação da Ripsa para com o fornecimento de informações que auxiliem os processos de gestão.

No tocante ao desenvolvimento do próximo Plano, propõe um novo recorte de análise situacional, que considere pelo menos três eixos: (i) as condições de saúde da população e a organização de serviços (aí incluídas as responsabilidades e competências específicas do setor saúde); (ii) os processos e as condições de gestão do SUS; e os (iii) determinantes e condicionantes de saúde (aqui constantes as responsabilidades compartilhadas). Isso significa, entre outras medidas, uma revisão dos cinco recortes do PNS 2004-2007.

Entende o CTI que a formulação de objetivos e diretrizes deve ser feita de forma mais agregada, segundo a proposição de novos recortes, de tal maneira que se possa definir metas compatíveis com as características de plano para um período mais ampliado que, no caso do PNS, é de quatro anos. É importante que a proposição de metas pelas áreas técnicas leve em conta indicadores que sejam aplicáveis ao processo de monitoramento do plano.

Nesse particular, o Comitê observou que não houve, aparentemente, nenhuma dificuldade para qualquer área técnica fornecer os dados correspondentes que pudessem auxiliar a avaliação, o cumprimento e o acompanhamento do Plano. Certamente, nem todos esses dados estão nos sistemas de informação, mas os mecanismos de gestão de cada área, de cada setor, hoje, se encontram de tal forma

que é possível oferecê-los no tempo oportuno ao acompanhamento do Plano, o que é um avanço significativo.

Na definição de metas para o próximo Plano, todavia, é imprescindível que se tenha presente também como fazer o seu monitoramento, quais serão as fontes de dados ou estudos que possibilitarão o cálculo de indicadores e que, portanto, permitirão o processo de acompanhamento. Sugere-se que a proposição de novos indicadores seja orientada pelo modelo que a Ripsa adota, já há algum tempo, chamado de ficha de qualificação.

Essa ficha apresenta, de forma padronizada, desde a conceituação, até a fonte de dados, a base de cálculo e limitações do indicador. Essa padronização é fundamental para que se garanta certa unidade de apreciação ou de análise no processo de acompanhamento do Plano. Uma outra questão importante, a partir do novo plano elaborado, é a programação anual, com a definição de ações, metas, indicadores e recursos.

Em relação ao Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS –, o CTI reconhece a grande relevância dessa iniciativa para orientar as ações de saúde. Considera que deve estar organicamente associada àquilo que foi estabelecido no Pacto pela Saúde 2006. O Sistema requer o engajamento de todas as esferas de gestão e a adoção, com as adaptações correspondentes, das mesmas linhas gerais que se estabelecem no PNS, sob o entendimento de que esse é um plano nacional e, portanto, resultado de uma pactuação entre gestores.

Finalmente, conforme assinalado no item 3 deste caderno, a análise do cumprimento das metas do PNS e as sugestões do CTI-PNS foram apresentadas em reunião realizada no dia 18 de outubro de 2006, da qual participaram o Ministro da Saúde, dirigentes e coordenadores da área de planejamento de órgãos e entidades do Ministério. Nessa reunião, também foi feita uma retrospectiva do trabalho do CTI – objeto do item 2 – e da implementação do Sistema de Planejamento do SUS (item 1). Considerando a importância das considerações feitas pelos participantes na ocasião, que configuram subsídios relevantes para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do processo, em especial, do PlanejaSUS, são destacados, de forma resumida, no ANEXO G, alguns destes comentários e observações.

4.4 Encaminhamento

O trabalho realizado pelo CTI-PNS foi apresentado também na 14ª Oficina de Trabalho Interagencial da Ripsa, promovida nos dias 20 e 21 de novembro de 2006. Na ocasião, por intermédio do Dr. Eduardo Mota, o CTI ressaltou o trabalho articulado com a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO/SE/MS). Essa interação permitiu à SPO desenvolver outros produtos e promover outras iniciativas, entre as quais o PlanejaSUS, já em funcionamento, bem como revisões do próprio PNS.

Assinalou ainda que a apresentação era parte da análise do desempenho do PNS feita pelo CTI, cujo objetivo foi dar visibilidade ao andamento do cumprimento das diversas metas que o Plano Nacional tem, com base em dados e informações de junho de 2006, sendo, portanto, preliminar. Destacou ainda que o desenvolvimento do PlanejaSUS, ao longo destes dois anos de trabalho do CTI, talvez seja um dos aspectos que mais tem animado o Comitê pela perspectiva que apresenta, tanto para o planejamento, quanto para a aplicação da informação para a gestão em saúde no País. Na oportunidade, a representante da SPO/SE/MS, Aristel G. Bordini Fagundes, apresentou aos participantes da OTI a proposta de continuidade do CTI, com os seguintes propósitos:

- avaliação final do cumprimento do PNS 2004-2007;
- acompanhamento do processo de construção do PNS 2008-2011; e
- acompanhamento do processo de implementação do PlanejaSUS.

Embora a análise feita constitua um modelo básico para o monitoramento e avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – objeto básico do trabalho do Comitê –, a proposta da SPO é a avaliação final do PNS, haja vista o resíduo que o acompanhamento realizado identificou e apontou as possíveis causas e alternativas.

Por outro lado, como já abordado anteriormente, há um ano, as áreas de planejamento do MS, dos estados e de municípios têm concentrado esforços voltados à construção do PlanejaSUS, cuja regulamentação foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite no dia 9 de novembro de 2006. As perspectivas são muito boas, tanto em relação à construção do PNS para o próximo período, quanto para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Todas as recomendações em relação ao PNS estão sendo incorporadas.

A demanda de acompanhamento do próprio desenvolvimento do PlanejaSUS, por parte do CTI, deve-se ao caráter inovador e inédito desta iniciativa estruturante, com potencial para possibilitar um salto de qualidade, em termos de planejamento e informação para a saúde. Trata-se, portanto, de um aprendizado que está se dando na prática e de forma coletiva, num País com uma enorme diversidade. Além disso, as áreas de planejamento do SUS apresentam grande carência de recursos, de toda natureza. Dessa maneira, o PlanejaSUS precisa desse olhar crítico de avaliação e de toda a experiência que o CTI tinha e teve também por conta dos problemas que foram identificados.

A proposta de continuidade do CTI foi aprovada nessa 14ª OTI da Ripsa, assinalando-se a importância da participação dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde – Conass e Conasems – no Comitê, tendo em conta o seu novo propósito de também acompanhar a implementação do PlanejaSUS.

ANEXOS

ANEXO A

Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006.

Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do Art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o inciso XVIII do Art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui ao Ministério da Saúde a competência para elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal;

Considerando que o planejamento constitui instrumento estratégico para a gestão do SUS nas três esferas de governo;

Considerando que a organização e o funcionamento de um sistema de planejamento do SUS configuram mecanismo relevante para o efetivo desenvolvimento das ações nesta área;

Considerando que a atuação sistêmica do planejamento contribuirá, oportunamente e efetivamente, para a resolubilidade e a qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira; e

Considerando que a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, a qual divulga o Pacto pela Saúde 2006, estabelece, no item 4 do Anexo I, os princípios, os objetivos e os pontos de pactuação do Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS, nos termos do disposto nesta Portaria.

§ 1º O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS.

§ 2º Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais.

§ 3º Como parte integrante do ciclo de gestão, esse Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

§ 4º No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolu-

bilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Objetivos específicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;

VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e

VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Art. 3º Propor a instituição de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

§ 1º Esse incentivo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com vistas à efetivação do referido Sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos.

§ 2º O repasse do incentivo ora proposto será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 3º O programa de trabalho de que trata o parágrafo anterior deverá contemplar medidas que possibilitem a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS, na conformidade dos objetivos deste Sistema, descritos no artigo 2º desta Portaria.

§ 4º Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos municípios, de modo a evitar a pulverização dos recursos e a promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no estado.

Art. 4º O Sistema de que trata esta Portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

§ 1º São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e

II - o Relatório de Gestão.

§ 2º Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos.

§ 3º O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS.

§ 4º O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO B

Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do Art. 87, da Constituição Federal, e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006; Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

Considerando que o Pacto pela Saúde estabelece uma agenda de prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, na qual estão estabelecidos os instrumentos básicos deste Sistema;

Considerando a importância da institucionalização e do fortalecimento do planejamento no SUS, legitimando o mencionado Sistema como processo estratégico de gestão;

Considerando as responsabilidades específicas de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando que o processo de planejamento em cada esfera de gestão deve ser desenvolvido segundo as respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias;

Considerando que o desenvolvimento desse processo deve ter em conta a necessidade da participação social e da intensificação da articulação intra e intersectorial;

Considerando que a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento - englobando o monitoramento e a avaliação - devem traduzir as diretrizes do SUS e ser adaptável às particularidades de cada esfera administrativa;

Considerando a importância da implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo e que subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; e

Considerando a necessidade de monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema de Planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS, resolve:

Art 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

- I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e
- II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1º A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando-se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;

§ 4º No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e

II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6º- A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;

II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersectorialidade; e

III - gestão em saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Art. 3º Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1º A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;

III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e

IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

§ 2º A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do §1º precedente - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

§ 3º O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1º Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2º O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3º Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;

II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira);
e

III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4º Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

§ 6º Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7º Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8º Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 548/GM, de 12 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2001, seção 1, página 18.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO C

Portaria nº 376, de 16 de fevereiro de 2007.

Institui incentivo financeiro para o Sistema de Planejamento do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do Art. 87 da Constituição Federal, considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, em especial o seu Art. 3º e respectivos parágrafos, que tratam de incentivo financeiro destinado a apoiar a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Instituir incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

§ 1º O repasse do incentivo ora instituído será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão

Intergestores Bipartite (CIB).

§ 2º O referido programa de trabalho deverá ser encaminhado à SPO/SE/MS.

§ 3º O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias com vistas ao repasse desse incentivo.

§ 4º O incentivo de que trata este artigo será repassado na conformidade dos valores definidos no Anexo a esta Portaria, adotando-se como critério a busca da redução das desigualdades regionais.

§ 5º Os recursos necessários ao repasse desse incentivo serão oriundos do Programa 10.121.0016.8619 Aperfeiçoamento, Implementação e Acompanhamento dos Processos de Planejamento e de Avaliação do MS.

Art. 2º Estabelecer que o Sistema de que trata esta Portaria tenha expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo da Portaria nº 376/2007

Valores relativos ao incentivo financeiro do Sistema de Planejamento do SUS aos Estados, Distrito Federal e Municípios

Região/UF	Total
Brasil	18.205.013
Norte	2.063.544
AC	164.287
AM	348.417
AP	152.129
PA	648.729
RO	249.530
RR	140.566
TO	359.886
Nordeste	5.961.155
AL	393.596
BA	1.374.567
CE	762.464
MA	708.966
PB	591.994
PE	779.680
PI	562.544
RN	483.954
SE	303.390
Sudeste	5.791.601
ES	298.418
MG	1.864.873
RJ	911.170
SP	2.717.140
Sul	2.686.676
PR	962.093
RS	1.088.254
SC	636.328
Centro-Oeste	1.702.038
DF	216.655
GO	725.396
MS	322.423
MT	437.564

ANEXO D

Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007.

Aprova as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de Gestão dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do Art. 87, da Constituição Federal, e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão, alterada pela Portaria nº 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007;

Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS e institui o Plano de Saúde, suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando a Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;

Considerando que a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, em seu art.32, estabelece que a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á mediante relatório de gestão; e

Considerando as responsabilidades de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS, resolve:

Art. 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas ao fluxo do Relatório Anual de Gestão, para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Art. 2º Os Municípios, após apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde, devem encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite, a resolução de aprovação do respectivo relatório até 30 de abril de cada ano.

Parágrafo único. Quando o processo de apreciação e aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde ultrapassar o prazo do primeiro trimestre do ano, os Municípios devem encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite ata da reunião do Conselho de Saúde que formalize essa situação.

Art. 3º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) consolidar as resoluções relativas aos relatórios de gestão municipais em formulário específico, conforme modelo estabelecido no Anexo, e encaminhá-lo à Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), até 30 de maio de cada ano.

Parágrafo único. As Secretarias Estaduais de Saúde devem atualizar periodicamente e encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite as informações sobre os Municípios que forem aprovando seu Relatório de Gestão nos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 4º A União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão no respectivo Conselho de Saúde, devem encaminhar, para conhecimento da Comissão Intergestores Tripartite, a resolução de aprovação do referido relatório, até 30 de abril de cada ano.

Parágrafo único. A Comissão Intergestores Tripartite deve consolidar as informações recebidas das Secretarias de Saúde dos Estados e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde.

Art. 5º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem encaminhar seus relatórios anuais de gestão aos respectivos Tribunais de Contas e guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

Parágrafo único. O Relatório Anual de Gestão deve ser disponibilizado para os processos de monitoramento, avaliação e auditoria, sempre que necessário.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Anexo da Portaria nº 1.229, de 24 de maio de 2007

Modelo de formulário de informe das SES à CIT referente aos Relatórios Anuais de Gestão municipais

Estado: Código IBGE:

Município	Relatório de Gestão apreciado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde	Relatório de Gestão em análise pelo Conselho Municipal de Saúde	Sem informação

Local e data

Assinatura do Coordenador da CIB

Assinatura do Presidente do Cosems

ANEXO E

Comitê Temático Interdisciplinar: informação para a gestão do Plano Nacional de Saúde (CTI-PNS-Ripsa)

Participantes

1. Aristel Gomes Bordini Fagundes (SPO/SE/MS, Brasília)
2. Adolfo Chorny (ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro)
3. Álvaro Escrivão Júnior (ABRASCO, São Paulo)
4. Celso Cardoso Simões (IBGE, Rio de Janeiro)
5. Dimas Martins Ribeiro (consultor da SPO/SE/MS)
6. Eduardo de Andrade Mota (ISC/UFBA, Salvador)
7. Francisco Viacava (CICT/FIOCRUZ, Rio de Janeiro)
8. Lindemberg Medeiros de Araújo (DATASUS/SE/MS, BRASÍLIA)
9. Mozart de Abreu e Lima (Brasília)
10. Sérgio Francisco Piola (IPEA, Brasília)
11. João Baptista Risi Junior (OPAS, Brasília)

ANEXO F

Esquema básico de trabalho do CTI-PNS/Ripsa.

1. Objetivo

Desenvolver modelos e instrumentos para o monitoramento e a avaliação do PNS, com vistas a subsidiar a sua gestão.

2. Atividades

Análise do Plano Nacional de Saúde, com vistas à seleção de conteúdos de monitoramento e avaliação para a gestão do PNS.

Formulação de indicadores que permitam aferir a situação de saúde e suas tendências, bem como a gestão dos objetivos do Plano.

Identificação de mecanismos e instrumentos a serem utilizados no processo de gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Analisar os diversos sistemas de informação e bases de dados existentes, identificando suas limitações, potencialidades e alternativas.

3. Produtos esperados

Relatório propondo as linhas de convergência e os eixos temáticos para a gestão, monitoramento e avaliação do PNS.

Matriz específica de indicadores, compatibilizada com os sistemas de informação e as bases de dados existentes, sugerindo formas de obtenção de informações ainda não disponíveis.

Metodologia para a produção de instrumentos de análise e tendências da situação de saúde e de gestão do Plano, destinada a orientar o processo decisório.

4. Etapas de trabalho

Discutir o objeto do Comitê e as linhas para desenvolvimento de sua atuação, propondo as adaptações julgadas pertinentes.

Sistematizar as metas do PNS, com vistas à necessidade de informações para a gestão do Plano, identificando eixos prioritários de convergência e necessidades de um nicho nacional de gestão (por exemplo, as desigualdades geográficas e socioeconômicas merecedoras de estratégias diferenciadas de intervenção).

Identificar e desenvolver: (i) indicadores com informação disponível; (ii) modelos e métodos de construção de novos indicadores; (iii) modelos de análise e avaliação de dados e informações, identificando redes de apoio para a sua concepção.

ANEXO G

Resumo de algumas observações e comentários feitos pelos participantes da reunião de apresentação do relatório de trabalho do CTI-PNS/Ripsa, realizada em 18 de outubro de 2006

João Baptista Risi Junior

Na avaliação preliminar que se fez do PNS, foram diversas as conclusões. Aponto aqui algumas que me parecem substantivas. Primeiro, chamando a atenção para o pioneirismo dessa iniciativa. Realmente, foi a primeira vez que o Ministério desencadeou um trabalho com tanta participação como este, o qual tem grande importância e potencial para o desenvolvimento do próprio setor, ao valorizar os conteúdos e os seus processos de acompanhamento, que são requisitos para o funcionamento do PNS. Esse Plano representou também uma oportunidade de revigorar o planejamento como ferramenta de gestão e de apoio do controle social das ações de saúde.

O Plano apresentava, obviamente, uma série de limitações que eram, em grande parte, inerentes ao próprio processo da sua elaboração, da sistemática adotada, que, por não ter partido de um marco lógico perfeitamente delineado, representou as visões institucionais específicas de órgãos internos do Ministério da Saúde, principalmente. Então, isso dificultava um pouco discernir aquilo que era às vezes puramente operacional, de outras questões de caráter mais estratégico.

Derivaram daí duas constatações principais. Uma de que o Plano em si, como documento, era menos importante que o processo que se estabeleceu, porque, a partir dele, seria possível aperfeiçoá-lo na perspectiva de implementar a sua execução. E, outra, a necessidade de se delimitar, dentro desse Plano, o que seria o núcleo nacional de ações, ou seja, as responsabilidades do governo federal. Essas serviriam de marco e de eixo para o desenvolvimento de ações nas demais esferas do SUS, necessárias para o alcance dos objetivos setoriais do Plano.

De acordo com a sistemática adotada na Ripsa, a atuação do Comitê pautou-se em um esquema básico – espécie de termo de referência –, que foi elaborado a partir das contribuições da Oficina de Trabalho inicial. Foram realizadas sete reuniões plenárias do CTI no período, com apoio de subgrupos que se dedicaram a tarefas específicas.

No decorrer do processo, as recomendações do Comitê eram operacionalizadas pela SPO, numa interação que se mostrou fundamental para o resultado final. A SPO fazia interlocução com as áreas do Ministério da Saúde, na medida em que havia necessidade de aprofundamento, de complementações ou de ajustes

no próprio Plano. O CTI apresentou, à Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) da Ripsa, informes periódicos sobre o andamento dos trabalhos, tendo recebido contribuições e apoio a sua continuidade.

Eduardo Mota

Como se depreende, a minha apresentação é parte do trabalho desenvolvido pelo CTI-PNS – relativo à análise de grau de cumprimento de metas do Plano Nacional de Saúde –, e que foi bastante diverso. É importante reiterar que, durante todo o período de atuação do Comitê, o processo passou, até pelo seu próprio dinamismo, por uma série de ajustes, não só por conta da participação das diversas áreas técnicas do MS, como também pelo trabalho que a SPO promoveu, voltado à adequação de metas e ao refinamento de diretrizes e subdiretrizes. Tal trabalho buscou conferir visibilidade ao cumprimento dessas metas ao longo do tempo. Isso culminou no estabelecimento de matrizes que especificam aquilo que foi cumprido em 2004, o que foi cumprido em 2005, o previsto para 2006 e o programado para 2007. E foi com base nesses dados de “realizado”, “programado”, “previsto”, que fizemos uma avaliação de cumprimento de metas com os dados que se dispunham a partir da versão final dessas matrizes, em junho de 2006.

Essa análise teve a intenção de demonstrar ou de dar visibilidade a um Plano que é complexo, com pelo menos 225 metas e cerca de 30 diretrizes que envolvem todos os setores da administração em saúde no País e não somente no âmbito federal, pois se desdobram inclusive nas esferas estadual e municipal.

Finalmente, é importante ressaltar que se voltou, principalmente, ao desenho e aplicação de uma forma de acompanhamento, a mais sintética possível, de tal maneira que se pudesse ter uma idéia de conjunto do processo de cumprimento do PNS. Não que essa seja a única forma que se pode adotar para o acompanhamento do Plano Nacional, mas, certamente, é uma das que se pode usar para verificar, a cada recorte, a cada diretriz – e isso também poderia ser feito por objetivo ou mesmo por subdiretriz – como está o cumprimento daquilo que foi planejado a cada período e, claro, evidenciando a necessidade de repactuação, de reprogramação e de revisão das próprias metas, que é o objetivo da dinâmica de qualquer plano de saúde.

Agenor Álvares da Silva

Em primeiro lugar, eu queria cumprimentar e agradecer aos membros do Comitê da Ripsa pelo trabalho realizado. Lembro-me quando esse trabalho com a Ripsa se iniciou – eu estava interessado na questão do Plano Nacional de Saúde pela visão da Anvisa –, e da reunião realizada aqui na Opas, a partir da qual foi proposta a criação desse Comitê. Na ocasião, a Ripsa colocou-se à disposição para, junto com a equipe de planejamento do Ministério, realizar o trabalho.

Acho que temos tido, nas experiências do nosso País, muitos planos de saúde, com funções das mais diversas possíveis. Alguns com a função apenas de cumprir uma formalidade burocrática que, depois, são colocados na gaveta, porque foi cumprida a meta de elaborar um plano. Quer dizer: tinham a função de não resultar em nada, de não servir para nada e não orientar nada. Depois de certo tempo, observou-se que isso passou a ser uma constante em várias instituições, em vários momentos que trabalhamos, inclusive no Ministério da Saúde. A função “planejamento” foi relegada a um plano secundário.

Para nós, o PNS tinha uma função que considero importante que um plano de saúde tenha: o de organizar o nosso trabalho, hierarquizar as nossas prioridades, definir quais são as metas que temos que alcançar. E o trabalho apresentado aqui deu bem a dimensão do que é isso. Elaborar um plano por elaborar, hierarquizar as metas, definir quais são as metas, o que se tem que fazer, é fácil. O mais difícil é montar um sistema de avaliação, de monitoramento, de acompanhamento, para corrigir os rumos, apontar o que está sendo feito, o que está sub ou superdimensionado, apresentando à sociedade o que está acontecendo, buscando a discussão para as mudanças necessárias. Uma das lições que o planejamento tenta passar – e acho que precisa fazer – é a correção de rumos.

O plano não é estático, é dinâmico. Por isso, se não tivermos um bom sistema de monitoramento, de acompanhamento, de avaliação, tivermos a coragem de avaliar e de apontar o que tem que ser mudado, continuaremos a formular planos burocráticos para cumprir uma meta formal, que não resultarão em nada para o trabalho. O relatório aqui apresentado nos mostra isso. E, aí, entendo que surge outro fator importante, que gostaria de destacar, que é o trabalho feito pela equipe da SPO/MS, por intermédio da sua Coordenação Geral de Planejamento. Tenho a impressão que deve ter sido um trabalho difícil, porque busca organizar o processo de planejamento no Ministério.

Não tenho dúvida nenhuma: se quisermos ter um plano, se quisermos ter uma ação coordenada, precisamos planejar, fazer programação. E, para tanto, temos alguns instrumentos que exigimos – que existem no próprio Ministério da Saúde, que existem nas instituições – e que não se utiliza, não sei se por desconhecimento ou se por achar que são instrumentos secundários. Dispomos de dois instrumentos importantes no Ministério da Saúde. Um é a sala de situação, que estamos organizando – e o Secretário-Executivo fez questão de chamar todas as unidades do Ministério para uma reunião e mostrar que se trata de um instrumento importante para nos auxiliar na gestão de saúde. O segundo, que estamos também implementando de forma conjunta, é o centro de informação estratégica da vigilância em saúde, que é importantíssimo. Interligado 24 horas, o Centro está monitorando todos os eventos importantes de epidemiologia e vigilância em saúde em todo o País. São instrumentos simples, que foram desenvolvidos com

serviço, tecnologia e conhecimento nossos, com a parceria da Academia, que deve fazer críticas e nos apontar como aperfeiçoar.

Muitas pessoas e setores ainda têm uma restrição grande ao planejamento. Talvez até pela dimensão que foi dada a ele nos últimos anos no Brasil, principalmente planejamento em saúde. Acho que agora o mais importante são as recomendações apresentadas, em especial a última, relativa ao PlanejaSUS que, para nós, é fundamental. Foi, talvez, a iniciativa que teve mais aceitação pelos gestores, tanto estaduais, quanto municipais. Talvez tenha sido a iniciativa que teve o maior engajamento no sentido de aperfeiçoar e de produzir um documento final, de uma proposta final, que fosse de serventia e de utilização por todos os gestores do SUS.

Assim como estamos trabalhando um Plano Nacional de Saúde, que foi difícil, estamos hoje, aqui, para avaliação das metas estabelecidas. Esse é um trabalho que temos que difundir, inclusive para todas as áreas do Ministério, apontando os problemas identificados, como as metas com baixo grau de cumprimento. Será problema de dado ou de formulação da meta? Algo ocorreu. As questões apontadas na análise apresentada são sinalizações importantes. O acompanhamento e o monitoramento para nós é uma sinalização, é um alerta: “está acontecendo alguma coisa aí. Vamos ver o que está acontecendo, e o que pode ser feito”. Isso porque o monitoramento, a avaliação, não é só para mostrar os resultados bons.

Voltando ao PlanejaSUS, passado o impacto inicial e depois de ter lido a proposta, pude constatar que ocorreu exatamente o contrário, e tive oportunidade de ir a todas as três primeiras oficinas macrorregionais, até para mostrar isso. Para nós, o PlanejaSUS é tão importante porque, talvez, estejamos passando por um dos momentos mais cruciais do SUS, porque estamos mudando uma série de enfoques deste Sistema, como o próprio Pacto pela Saúde, nos seus três eixos – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS. Se nós não tivermos sistema de planejamento que dê resposta, que nos mostre o que foi apresentado aqui, que nos indique a coordenação a ser feita, onde temos que monitorar, poderemos demonstrar externamente que não nos preparamos para enfrentar um desafio que é maior.

Atualmente, estamos discutindo no Ministério uma mudança substantiva na forma de repasse de recurso para os estados e municípios. Se não tivermos um sistema de planejamento organizado, monitorado, como poderemos mostrar para os órgãos de controle que a nossa prestação de contas dos recursos que repassamos para custeio, dentro da perenidade do Fundo Nacional de Saúde, tem que ser diferente.

Esse é o nosso segundo desafio. Estamos trabalhando agora o Pacto de Gestão, um desafio maior para o Ministério, que precisa se preocupar com ela, tem que se preocupar com o monitoramento e tem que se preocupar com a avaliação.

Temos que avaliar mais os resultados, responsabilizar quem tem que ser responsabilizado, e separar bem o que é responsabilidade do que é responsabilização. Responsabilidade é aquilo que eu tenho que fazer; responsabilização é imputar alguém que não fez ou deixou de fazer: por omissão é um aspecto, mas por falta de conhecimento, e precisamos estar presentes para dar o apoio necessário.

Ayrton Galiciani Martinello

Sinto-me muito feliz em estar aqui para discutir o Plano Nacional de Saúde e o PlanejaSUS, Sistema este que teve origem justamente nessa sala, na reunião em que trocamos idéias para a parte relativa à gestão, acompanhamento e avaliação do Plano Nacional. O PlanejaSUS é, de fato, uma construção coletiva permanente, com avanços e redirecionamentos na medida em que o operacionalizamos. A atuação do PlanejaSUS tem como um pressuposto essencial o respeito e observância à diversidade de cada esfera de gestão do SUS. Então, o Sistema não é “uma camisa de força”, não tem um modelo único a ser adotado no País. Por se tratar de algo novo no âmbito do SUS, o Sistema de Planejamento defronta-se, a cada tempo e movimento, com novos desafios e perspectivas.

Atualmente, o desafio é a regulamentação do Sistema que, esperamos, seja pactuada na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite, no dia 9 de novembro. Outro desafio é concluir o levantamento sobre o perfil do planejamento no SUS. Estamos realizando uma pesquisa em todos os municípios, que foi lançada em meados do mês de setembro passado. Com esse levantamento, tentaremos traçar o perfil das áreas de planejamento dos estados e municípios: a estrutura ou não existente, a disponibilidade de recursos humanos, as necessidades em termos de capacitação etc. Para tanto, solicitamos à Prof^a Carmen Teixeira a construção de um modelo de capacitação, por exemplo, priorizando, de início, os estados e municípios de capitais.

O apoio à organização e desenvolvimento de ações de planejamento é também uma prioridade, que pensamos em viabilizar mediante a criação de um incentivo às áreas de planejamento dos estados e municípios. Por iniciativa do Ministro, está previsto para o ano que vem um incentivo específico para a organização das ações de planejamento.

De outra parte, a adoção e a formulação de instrumentos básicos do PlanejaSUS constituem um desafio enorme e urgente, visto que é, a partir disso, que o Sistema tem expressão concreta. Já finalizamos um guia básico para o PlanejaSUS que apresenta conceitos, estrutura mínima e orientações de processos para a elaboração de um plano de saúde, de uma programação anual e de um relatório de gestão. Esse guia vai ser trabalhado com estados e municípios. Cada estado vai trabalhar de forma a implementar o processo em seus municípios. Consideramos muito importante se dispor de um instrumento básico que possa ser utilizado,

com as adaptações respectivas, por todos. A expectativa é de que esse guia seja lançado agora no final do ano ou, no mais tardar, no início do próximo ano.

Um desafio igualmente importante é promover a adequação da legislação no tocante ao planejamento. Já contamos com um estudo que levantou todo o arcabouço legal, analisou, apontou as inadequações existentes e formulou propostas de encaminhamento. O primeiro movimento em relação a isso já foi iniciado em relação à Portaria nº 548/2001, que trata de agenda de saúde, quadro de metas etc. Um segundo momento será a adequação do Decreto nº 1651/1995, relativo ao Sistema Nacional de Auditoria, e que trata de relatório.

Júlio Soares

Estou responsável pela área de desenvolvimento do sistema e os serviços de saúde aqui internamente na Opas. Daí que esse tema, para mim e para a nossa área, é substantivo, excepcionalmente importante. Quero parabenizar e me convidar – eu me convindo – para ter uma aproximação maior, conhecer mais de perto, o PlanejaSUS. Parabenizo também o trabalho do Comitê, que realizou um trabalho que temos que aprender a fazer em todos esses processos.

Quando vi o Plano Nacional de Saúde pela primeira vez, fiquei assustado. Achei que era “imanejável”, com tantas metas, tantos objetivos. Contudo, depois de ver a avaliação, acredito que deu certo, mesmo com as limitações apresentadas. Resgato uma frase do Risi, que gostei muito: “Valorizar o processo, mais que o documento”. E é assim mesmo. Eu sinto que estão criando um valor fundamental, prioritário a esse tipo de processo, que são construções. São processos de capacitação. Quando se entra em um assunto desses, começa-se a socializar conhecimento, reflexões, debates, e isso, em si mesmo, é um valor, que vai além do documento e das tabelas de avaliação.

Gostaria de fazer uma única reflexão acerca das recomendações apresentadas pelo Comitê, que diz respeito à redução de cinco para três os recortes do Plano. Concordo com a redução, mas fico com uma preocupação: o primeiro era condições e serviços de saúde juntos; o segundo era gestão; o terceiro era intersetorialidade/determinantes. Considero excelente, inclusive, essa abertura em determinantes, gestão. Só fico preocupado com a junção de condições e serviços, por uma razão: as condições de saúde são resultados das três áreas, e não só da atenção. Parece-me interessante o argumento de junção do que está sob responsabilidade própria do SUS. Mas, ainda assim, acho que as condições de saúde são um produto que supera a capacidade de atenção do serviço. Não sei se é bom que fique no mesmo recorte; não tenho uma posição.

Mozart de Abreu e Lima

Vou comentar o documento apresentado, o resultado de dois anos de trabalho. E o Ministro já sacramentou. Portanto, acho que o Ministério da Saúde deverá estar atento a essas recomendações, não só para segui-las, mas para aperfeiçoar o próprio processo.

Sobre o PlanejaSUS, eu gostaria de chamar a atenção para um ponto que, creio, não se pode abrir mão: no tocante à promoção da adequação da legislação, não esquecer de consultar uma doutrina sobre o planejamento como instrumento para a ação, que se consolida, se aperfeiçoa com a avaliação. Então, essa tríade de responsabilidades, quer dizer, um planejamento conduzido pela ação é um planejamento que termina num fogo falho: brilha, mas não tem constância, não tem permanência. A ação é que consolida as idéias de um plano. E a ação só pode ser dinâmica quando está associada ao processo de avaliação, não só o monitoramento.

Importante essa doutrina porque, mesmo considerando que cada esfera de governo deve ter o seu plano, é dever da União estimular um conceito próprio para que os outros entes que participam desse sistema federativo, que é o SUS, tenham as suas responsabilidades perfeitamente delimitadas e definidas. Sem a definição de responsabilidades, as ações se diluem. O exemplo específico disso é o PNS. Quando surgiu na sua primeira versão, com recortes, objetivos, muitas metas, não apresentava a definição objetiva dos problemas, o que configura o planejamento estratégico-situacional que, aqui, chamamos de planejamento. A partir dessa definição, devem ser analisados aqueles problemas que podem ser enfrentados, assumindo-se o que não temos a força de fazê-lo. Portanto, o problema tem que estar muito bem identificado, com um descritor ou descritores precisos, que configuram a sua relevância e dimensão. Isso precisa estar nessa doutrina. Um descritor bem produzido de um problema, conduz a uma boa especificação de metas. Sem problema bem escrito você se perde, porque são tão grandes e diversas as influências para caracterizá-lo, que se termina perdendo o foco. É importante precisão no ataque ao problema.

A questão específica da meta pré-qualifica a necessidade de indicadores. E, só através dela, é possível caracterizar indicadores. É preciso ter cuidado porque existem indicadores evidentes na solução daqueles problemas que a meta tentará resolver, e outros que fazem parte desse contexto e que têm a finalidade de identificar atividades, processos, projetos e, portanto, a ação específica. Isso precisa ser bem qualificado porque vai redundar na relevância daquilo que se chama resultado, o qual é especificado com base no descritor e sua meta.

Outra questão básica é identificar que ação desenvolver para atingir o resultado. Um exemplo concreto é a mortalidade infantil e a continuidade da mortalidade infantil precoce: a primeira cai drasticamente, mas a outra sustenta o número.

Ou seja: daqui a pouco, pode se reduzir os impactos da queda da mortalidade por inadequada ação nessa área. Esse é um problema que tem descritor específico, que é a permanência da mortalidade precoce sobre os demais indicadores relativos à questão da mortalidade infantil. Se se tem um indicador de resultados, é preciso saber como esse descritor irá variar através do tempo e das ações desenvolvidas. É preciso se dispor de indicadores específicos da própria ação a ser desenvolvida e monitorada, porque o seu acompanhamento mostrará o grau de aproximação ou não do resultado, assim como de sua influência sobre o resultado.

Tal procedimento, então, leva à questão específica do aperfeiçoamento do pré-natal. Vamos só transformá-lo em seis ou sete, dez consultas pré-natais? Mas como dar eficácia a essa consulta, como aprimorar o processo efetivo de assistir à comunidade naquilo que vai ser muito importante para o futuro da gestação, que é um filho saudável e que supere as barreiras do advento da vida. Esse processo começa desde o primeiro passo em que a criança sai do útero materno e começa a enfrentar a sua própria vida, as suas próprias resistências, as suas próprias ações. Depois, tem-se outra questão que é da atenção ao parto e ao puerpério imediato. Isso exige medidas concretas que precisam ter indicadores precisos para avaliar. São indicadores que devem servir ao monitoramento, mas devem confluir também para o indicador geral de resultados: reduzir a participação dessa mortalidade na mortalidade do grupo infantil em seu conjunto.

Isso ressalta a necessidade de uma doutrina de planejamento, que considere tais aspectos em cada nível. Claro que se deve ir até o município; há especificidades da ação muito maiores do que aquelas afetas à direção nacional do SUS, a qual requer uma visão mais estratégica, no sentido de apontar onde isso está ocorrendo e com mais frequência, os pontos em que essa mortalidade infantil precoce está contribuindo mais para a elevação da mortalidade infantil geral. A partir daí, então, chamar a atenção de estados e municípios para esse problema, de modo a enfrentá-lo, mediante estímulos específicos. Portanto, recomendo que essa questão da doutrina de planejamento seja objeto de preocupação.

Carlos Matos

Trabalho na Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde. Não posso deixar de iniciar parabenizando a iniciativa e o trabalho realizado até aqui, assim como destacar um aspecto assinalado pelo ministro Agenor, que é a ótima receptividade desse processo nos estados e municípios. Na minha história de trabalho no Ministério da Saúde, uma das questões que sempre trabalhei diz respeito à indução, à implementação de políticas nos estados e municípios. Nesse trabalho de acompanhamento, o que observo é que há uma grande carência nas áreas de planejamento. Esse estudo que o Ayrton comentou, com certeza, mostrará isso.

E aí há carências de duas ordens: uma é a técnica mesmo, em que faltam recursos humanos para capacitar, assim como profissionais especializados para conduzir e usar todos esses instrumentos que já estão disponíveis e precisam ser melhorados. Outra questão que não se pode descartar é a política. Enfim, há uma carência muito grande, e tenho a absoluta convicção que será muito bom esse incentivo para a organização da área, de apoio e de indução a esse processo em estados e municípios. Evidentemente, como foi ressaltado aqui, não como uma camisa de força, não como uma regra geral, não como algo descendente e imposta.

Há outros pontos que eu queria abordar. A SAS trabalha com alguns instrumentos de planejamento que são muito densos, por exemplo, a Programação Pactuada e Integrada. Estamos fazendo um trabalho que, hoje, já é possível elaborar a programação a partir da unidade de saúde. A portaria do novo sistema que está sendo desenvolvido, muito provavelmente em janeiro ou fevereiro, será editada. Tem uma parte estratégica, uma parte situacional flexível, mas também uma parte normativa rígida, porque não se muda uma situação de uma hora para outra. Temos alguns problemas, evidentemente, porque uma das bases fortes para a PPI é a série histórica e a capacidade instalada, que acabam gerando algumas distorções e mantendo algumas situações que se quer corrigir.

Acho que esse tipo de discussão, esse tipo de situação deve ser incorporado nesse processo, porque é um instrumento muito importante. Estou falando aqui somente da atenção à saúde, porque se tomarmos a vigilância e outras áreas que têm esses instrumentos também veremos que a potencialidade de se agregá-los é maior ainda. Então, acho que esse tipo de discussão deve ser incorporado no âmbito desse trabalho, porque vai ajudar.

Outra questão que gostaria de sugerir, e acho que já está entre os aspectos enfocados no processo, relaciona-se ao orçamento propriamente dito. No ano que vem, teremos a elaboração do PPA, não só na esfera federal, mas estadual também. E esses instrumentos – com metas, objetivos e seus indicadores que estamos trabalhando – de alguma maneira precisam estar concatenados com os PPAs para 2008-2011 no processo de apoio e de indução dos estados e municípios. Assim, acho importante iniciarmos o debate acerca dessa questão, principalmente em nível de estado e município, porque temos hoje os Siops e alguns outros instrumentos de apoio, nos quais municípios e estados também são muito carentes.

Precisamos avançar também na melhoria dos instrumentos de avaliação que, no âmbito da SAS, também estamos tentando construir, para que consigamos aferir, com mais precisão, a efetividade e o impacto das ações em desenvolvimento. Ainda temos uma deficiência muito grande para medir se as nossas ações, de fato, estão atingindo aqueles objetivos, indo além da eficiência e da eficácia. Esse comentário que faço é no sentido de que consigamos evoluir para que o Sistema de Planejamento seja de fato resgatado. Essa cultura precisa ser construída, porque

o planejamento tem, ao mesmo tempo, capacidade de enfrentar as sazonalidades, bem como as mudanças de gestores e de técnicos, que ocorrem no nível político nas três esferas de gestão. Quando se dispõe de instrumentos mais consolidados, quer queira, quer não, eles são a referência a partir da qual terão que se debruçar e trabalhar.

Eduardo Mota

Gostei muito das intervenções. Vou fazer comentários em dois blocos. O primeiro deles se refere, especificamente, a certas inconsistências ou incoerências que foram notadas no processo da análise do cumprimento das metas. Retomarei alguns aspectos do que foi apresentado, justamente para realçar onde estão alguns problemas, em que áreas eles se colocam, para pensarmos melhor o futuro. Um deles é o fato que, na matriz 1, estavam as metas que qualquer um de nós consideraria como as mais relevantes para o País na área da saúde. São 49. Entre essas, estavam todas as consideradas “metas presidenciais”, portanto, de interesse nacional. Pois bem, 16 dessas metas, mais especificamente 14, não foram consideradas na análise porque não tinham dados. E por que não tinham dados? Não tinha dados porque a área técnica não retornou com a informação. Isso é de uma significância, do ponto de vista político-institucional, muito especial, no meu entendimento.

Não posso considerar que, de 49 metas que o MS considera prioritárias, uma área técnica não tenha a informação há dois anos. Pode-se supor que: ou a meta não devia estar lá – e a área técnica decidiu, simplesmente, não cumpri-la – ou devia ter sido retirada ou reformulada, como muitas o foram pelas áreas técnicas. A situação nesse grupo considerado de mais alta prioridade era pior do que entre as 171 metas que não constavam em qualquer documento de prioridades. Por falta de informação. Isso é um grande desnível.

O outro aspecto está no próprio processo de formulação dessas metas. Acho que precisamos pensar, para o futuro, em como ajudar as áreas técnicas a formular as metas. Primeiro lugar, entendo que há uma enorme deficiência no processo de formulação. O que quero dizer com isso? De olhar a diretriz e as subdiretrizes, e dizer “bom, como é que eu posso transformar isso em uma meta factível, viável, e como eu registro as metas físicas a cada ano, de tal forma que um processo de monitoramento, de acompanhamento possa ser desenvolvido?”

A reflexão que decorre desse trabalho é que precisamos, no futuro ou para o futuro, fazer um reforço de capacitação mesmo, começando pelas próprias áreas do Ministério da Saúde, e certamente para estados e municípios, pois imagino que para a maioria a capacidade de formulação é ainda mais crítica. Contudo, é necessário que iniciemos nas próprias áreas técnicas do gestor nacional do Sistema uma capacitação específica de como traduzir diretrizes e subdiretrizes em metas que sejam razoavelmente viáveis, factíveis e para as quais se disponha de

dados que permitam monitoramento, acompanhamento e avaliação. Sei que não é fácil fazer. Mas, a impressão que tive – e aí claro é absolutamente pessoal, sequer compartilhei isso no grupo – é que há também uma diferença enorme de, eu diria, importância que cada gestor de cada setor deu a esse processo. O que se pode ver claramente é que em setores nos quais o gestor considerou importante a formulação de metas e o seu acompanhamento, o resultado foi excelente. E em setores em que o plano era, talvez, algo menos importante, os resultados foram menores, piores, ou sequer não informados.

Então, esse é um aspecto interno. Sob esse ponto de vista, que acho que se não for superado, vamos ter - certamente um próximo plano melhor – algumas das mesmas dificuldades que vivemos no passado. Contribuí para isso, certamente, algumas mudanças que ocorreram ao longo desses dois anos em chefias, em coordenações, em posições que manejavam esse processo, e que, de repente, por causa destas mudanças, talvez tenha, de alguma maneira, enfraquecido um pouco o processo de registro. Todavia, resalto ainda, e insisto: essas deficiências ocorreram, na verdade, na minoria dos setores, na minoria das metas que foram analisadas, o que a meu ver é um excelente sinal de que nos dois anos em que trabalhamos nisso houve um enorme progresso nesse processo. Acho que isso é visível.

O outro comentário que queria fazer é em relação ao que se colocou para as recomendações feitas. Qual é o porquê do recorte de serviços, condições de saúde... Isso também não compartilhei no grupo, mas acho importante colocar. Quando se olha essas 225 metas, eu diria que a maioria delas, talvez 2/3 sejam de natureza gerencial e administrativa, ou de atividades meio, ou de processo. E, nesse conjunto, tem de tudo. Tem, por exemplo, produzir e distribuir um milhão de cartilhas.

Ora, trabalhar um plano na direção de mudança das condições de saúde acho fundamental. Talvez a separação entre serviços, interpretado por muitos como atividades às vezes até burocráticas, que se entende que deveriam ser cumpridas para que algo mais aconteça e que, felizmente, em outra parte são serviços mesmo, significam ampliação de oferta, significam melhoria de acesso – o que é bom. Mas, deixar separado isso como estava, no meu entendimento, vai terminar por reafirmar ou cimentar a idéia de que serviço é uma coisa e mudança nas condições de saúde da população é outra.

A esperança que tenho é de que, ao ver as duas questões juntas, o gestor, em cada área do MS, possa ter o cuidado de ver se aquilo que está sendo proposto – em termos de processo, de produtividade, ou até mesmo de produção e questões gerenciais – tem algum reflexo sobre a mudança nas condições de saúde da população. Então, sob esse ponto de vista, acho que colocá-las juntas talvez seja uma maneira de induzir esse amálgama que tem que acontecer.

Tem outro aspecto em relação a isso que temos que examinar para o futuro, no meu entendimento: é tentar quebrar, cada vez mais, essa dualidade entre o que é assistência e o que é vigilância em saúde. Se o plano aprofundar esse fosso, não superaremos a noção antiga que ainda prevalece, de certa maneira: a assistência é uma coisa e a proteção e vigilância em saúde é outra, que algumas pessoas fazem ali no meio do corredor, que não se exatamente bem o que é. É nesse sentido que acho que esse processo de indução tem que caminhar. Essa é uma opinião minha e submeto a apreciação. Não sou planejador, sou epidemiologista.

Aristel Gomes Bordini Fagundes

Inicialmente, respondendo à colega da ANS: é lógico que a meta pode ser aperfeiçoada porque, como se vê na coluna 2006 da planilha, os números referem-se a uma previsão para o referido ano, feita no mês de junho. Ainda estamos em outubro e a avaliação pretendida deve ocorrer ao final do Plano (2007). Então, está em aberto. Como o Eduardo falou, essa planilha foi e voltou várias vezes.

Entendemos que somente se consegue aperfeiçoar – pelo menos essa é a conclusão que nós, da SPO, chegamos – quando se apresenta o processo e seu resultado. E isso trago para o PlanejaSUS também: como disse o Mozart, a questão da doutrina é fundamental. Estamos trabalhando com os técnicos de estados e municípios na criação desse referencial, na criação dessa doutrina. Mas, temos consciência também que só vamos nos legitimar na prática. Porque as administrações têm os prazos definidos, têm os interesses políticos. Precisamos mostrar resultados concretos, sem esquecer, logicamente, a teoria, e buscaremos constantemente a academia.

De outra parte, gostaria de assinalar que o CTI conseguiu, em que pese todas as dificuldades, criar um modelo de avaliação. Na minha visão, conseguimos avançar muito desde o início do trabalho do CTI, que nos mostrou os problemas do PNS e indicou, também, várias alternativas. Creio que dispomos, agora, de um modelo excelente para fins de avaliação do cumprimento de metas. O que acontece, e ficou explicitado aqui, é de análise apurada do que se propõe para um plano. E, nesse âmbito da formulação, o CTI também indicou muitos caminhos. É no processo de identificação e explicitação dos problemas que se pode avançar. Então, o que pretendemos agora é que todos reavaliem a revisão que fizeram, sobretudo nas metas, confirmando ou reformulando o que foi previsto para 2006 e programado para 2007.

Particularmente, entendo que deveríamos solicitar a continuidade do trabalho do CTI, não só para nos ajudar a concluir a avaliação do PNS 2004-2007, aperfeiçoando até alguns aspectos do presente PNS, mas, sobretudo, acompanhando o próximo Plano Nacional, para 2008-2011, e, principalmente, desenhando o processo e caminhar, senão antes, mas pelo menos pari passo, com o processo do PPA.

Como o colega da SAS já abordou aqui, a questão orçamentária, é sinalizador importante. O PPA foi subsídio importante para a construção desse PNS – e não podia ser diferente, pois lá está o recurso –, assim como foram os relatórios preliminares das conferências. Mas temos que nos esforçar para dispor de uma base de PNS para formular o PPA do setor saúde no ano que vem, e não ao contrário.

Então, acho fundamental não só continuarmos com o trabalho, embora a primeira encomenda ao CTI fosse o delineamento do modelo de avaliação para o PNS. Precisamos do apoio do CTI nessa empreitada até o final da avaliação do PNS 2004-2007, e, sobretudo, o acompanhamento, monitoramento da formulação do próximo PNS. Além disso, precisamos contar com o apoio do Comitê para o PlanejaSUS que, julgo, fundamental. Na condição de Sistema, buscamos fazer minimamente aquilo que é inerente às três instâncias, ou seja, aquilo que nos liga, aquilo que é base do PlanejaSUS. Precisamos contar com esse grupo de especialistas nesse momento em que temos que nos apresentar de forma concreta, ter consequência prática.

Ayrton Galiciani Martinello

Na questão das programações específicas, como a PPI, anteriormente citada, gostaria de esclarecer que já estamos realizando um trabalho neste sentido, em reuniões periódicas com as áreas técnicas, mesmo aquelas que não têm uma programação. O trabalho não visa unificar, mas sim integrar, de forma que tenhamos uma programação anual em saúde da esfera federal, com as áreas mantendo as suas específicas, de modo a atender as peculiaridades próprias. Essa programação anual de saúde integra, inclusive, a proposta de regulamentação do PlanejaSUS a que me referi, e que está em discussão no âmbito da GT de Planejamento da Câmara Técnica da CIT.

Seguindo a linha do que foi abordado anteriormente, é nosso propósito adiantar o processo de elaboração do novo Plano Nacional de Saúde, já com todas essas recomendações feitas aqui. Ficou claro que não podemos ter um plano com 225 metas. Acho que os recortes propostos dão a direcionalidade, explicitam algo que temos debatido, que é tentarmos romper com a fragmentação. Esses recortes podem nos auxiliar nisso. Então, a nossa intenção é que o processo do plano seja lançado, o mais rápido possível, para que tenhamos pelo menos a sua conformação geral, de modo a orientar o PPA, cujos prazos são definidos. Demos início também a discussões com o Ministério do Planejamento, cujos técnicos que trabalham com o setor tiveram a iniciativa inédita de ir ao MS para conversar conosco sobre as aberturas ou recortes do PPA, cuja lógica básica são programas e ações. Hoje, temos no PPA da saúde 33 programas que não têm uma ligação, e mais 255 ações, que é um outro problema. Então, acho que, se o plano de saúde der essa direcionalidade, podemos construir um PPA também factível de ser acompanhado.

Mozart de Abreu e Lima

Queria caracterizar que, de fato, os recortes do Plano precisam ser mais reunidos. Entendo que não se pode separar serviços da condição de saúde. A condição de saúde é como se fosse algo maior, sobre a qual todas as ações desenvolvidas devem se pautar. Portanto, essa integração podia até ser mais generalizada, tentando contribuir para a quebra dessa dualidade de visões, como se serviço cuidasse de uma questão muito específica que o cidadão tem naquele momento. E, as outras, fossem zelar por tudo o mais de uma forma etérea. Não é assim. Na prática, o serviço tem que dar cumprimento à elevação da condição de saúde. E não o contrário. O serviço não pode ser alheio à melhoria da condição.

Assim, os chamados recortes são apenas uma forma de facilitar, organizar o processo de análise. Não são elementos constitutivos de um plano. Então, a junção de condições de saúde com rede é porque uma é decorrente da outra. É preciso fazer uma formulação em que a organização ou a adequação de redes ocorra segundo as necessidades da população e, portanto, das condições de saúde expressas. Compreendo até que estamos tão acostumados a tratar isso separadamente, que terminamos por influenciar a própria formação médica e de outros profissionais, que acabam fazendo essa divisão, quando, na realidade, um médico ou outro profissional tem que ter esse compromisso com a condição de saúde da população.

Gostaria de chamar a atenção para a questão de descritores imprecisos, que levam a metas mal formuladas e, portanto, a indicadores também imprecisos. É preciso ter muito cuidado com isso; não se trata apenas de aceitar uma meta que o setor fornece. Um sistema de planejamento não pode aceitar, e deve colocar em discussão como ele formulou, e que outras questões estão ligadas. A revisão de metas é um processo contínuo, feito em conjunto pelos que estão monitorando a implantação do Sistema de Planejamento e aqueles que são responsáveis pela execução de atividades inerentes a este Sistema.

No setor saúde, não se dispõe da prática da intersetorialidade. Temos o SUS, que é um sistema tipicamente federativo, com elevada responsabilidade intersetorial que não aparece, porque não há organização interna no Ministério da Saúde para isso. Temos a tripartite e as bipartites, mas não temos formas que nos permitam relacionar com o Ministério do Trabalho, com Ministério da Previdência, com o Ministério do Meio Ambiente, com o Ministério das Cidades etc.

Então, um pouco da proposta do recorte de determinantes/condicionantes visa possibilitar o repensar da questão dessa organização, com composição intersetorial. Claro, há um fator importante nisso tudo. Existem determinadas atribuições legais, do SUS e na Constituição, que são atribuições específicas da direção nacional. É difícil qualificá-las em recortes. Algumas são possíveis, outras não. Então, é necessário que se cumpra o estabelecido na Constituição e na Lei Orgânica, que seria o plano estratégico da direção nacional, orientando as relações.

Vamos supor: com relação a organismos internacionais, bilaterais, de cooperação técnica e financiamento, onde apareceria isso em um plano? As relações com o Banco Mundial, com o BNDES, onde estão? Como o Ministério articulará para obter recursos muitas vezes necessários para antecipação de sua atuação e de suas metas? Sugerir à SPO um recorte do plano que tratasse dessa ação estratégica do SUS. É quase que uma introdução, na qual o Ministério se disponha a informar como pretende fazer essa negociação. Isso precisa estar escrito, definido.

Há outros tipos de relações. Os grupos que atualmente estudam o genoma, células-tronco, DNA. Onde está isso? Isso se perde quando não se tem um eixo estratégico da direção nacional, que é a quem compete isso, estabelecendo, até como orientação às demais esferas de gestão do SUS – que são os estados e municípios –, como será a articulação com os seus parceiros intersetoriais.

Ângela Montefusco

Gostaria de fazer uma consideração que, na verdade, é mais uma contribuição. Trabalho na área de planejamento já há algum tempo, e tenho uma atenção especial na questão da avaliação, que entendo primordial. São poucas as iniciativas, os momentos que desfrutamos dessa oportunidade de ter propostas em planejamento, com foco em processos de avaliação. Acho que é algo que precisamos fortalecer em todas as iniciativas na área. Nesse sentido, acho importante o acesso a todo o processo metodológico e ao conteúdo dessa avaliação que, creio, podem colaborar muito para o desenvolvimento das áreas, inclusive.

Como bem assinalado aqui, o processo é mais importante do que o resultado agora apresentado, que pode ter uma série de vieses. Não vou ficar na defesa dos indicadores colocados. Enfim, estão inseridos. Seja no processo de construção, seja no processo de envio da informação, algum hiato houve que, de certa forma, a informação está posta. Mas acho que temos que afinar essas questões e, principalmente, refletir sobre o processo de construção, que é o que vamos fazer, sinalizando e contribuindo para a sua melhoria no próximo plano.

Não posso nem repassar a responsabilidade porque fomos nós que, de certa forma, construímos esse plano e os indicadores colocados foram feitos pela nossa área. Na verdade, a tentativa que talvez tenha causado algum viés é porque fizemos um processo de reflexão e revisão dos indicadores que estavam colocados desde o início, buscando alinhar com o PPA. Alguns aspectos que estão aqui colocados figuram como metas no Plano Nacional de Saúde e, no PPA, como indicadores. Nós, que lidamos com planejamento, temos que ter em mente, desde o início da elaboração de um processo, a questão dos indicadores que possibilitarão a avaliação das metas.

Jonice Maria Ledra Vasconcellos

Acho que o CTI foi muito feliz nas suas recomendações, decorrente do seu processo do trabalho, que foi extremamente interessante. É importante lembrar que foi a primeira vez que se fez um plano no nível federal, em um momento que, embora já tivéssemos começado a formulá-lo em outubro, já tínhamos concluído o PPA. Portanto, partimos dos objetivos setoriais do PPA, que já fazíamos a crítica, mas que não tínhamos modificado. De outro lado, o Plano Nacional de Saúde representou exatamente o Ministério da Saúde 2003. As suas visões, a sua forma de ver o SUS, as suas prioridades e as suas fragmentações. Não tenho dúvida: aprendemos muito com esse processo.

O trabalho do CTI merece ser replicado, parabenizado e ser copiado. Por quê? Quando a gente falava de planejamento, só se referia a plano. Nesse momento, concretizamos o plano, o monitoramento e a avaliação. E o que fez o CTI? Em um primeiro momento, fez uma releitura do PNS e mostrou a sua fragmentação; na condição de SPO, não podíamos modificar, porque todas as áreas precisavam se ver lá. Então, o CTI fez uma releitura, buscando a lógica, a coerência entre objetivos, diretrizes e metas, e evidenciou que algo precisava ser revisto. Depois, identificou critérios para a definição de prioridades e os aplicou. Lembrem-se que as iniciativas prioritárias do governo ocorreram em janeiro de 2004 e o Pacto pela Saúde, no início de 2006, resultante, obviamente, de uma série de discussões.

Então, primeiro, cabe destacar a atualidade, a coerência com o que é prioridade, e ratificar a questão da definição do problema. Se for mal definido, não se tem claro o indicador, a meta, e a ação, a qual deve estar na programação que faz a cada ano, para estabelecer não só a proposta qualitativa, mas a quantitativa, que é o mais importante quando se elabora esta programação anual.

Destaco como outro ponto do trabalho do CTI as recomendações, estabelecendo precisamente uma proposta de novo recorte, que é para o próximo PPA e, não somente, para o Plano Nacional de Saúde. Isso porque se, antes, o Plano Nacional de Saúde se baseou no PPA, agora nós podemos dar um norte para o PPA. Nos recortes propostos há uma coerência com o processo saúde/doença. Não vou discutir a proposta, se é condições de vida, se é intersetorialidade, se é qualidade de vida. Acho que não cabe agora, porque isso é um processo que temos que discutir dentro do Ministério da Saúde, com os técnicos e planejadores que lá estão. Se falo que é um processo de ensino/aprendizagem, e foi, vamos continuar nele. Precisamos, como já colocado aqui, capacitar as pessoas. Aprendemos, mas precisamos discutir ainda mais, e entendo que o PlanejaSUS é a saída que temos. Entendo que é necessária uma reflexão em relação a esse recorte de modo que, quando as orientações de elaboração do PPA chegarem ao Ministério da Saúde, a SPO já disponha de uma proposta para discutir com os novos dirigentes. Temos que trabalhar com a realidade, com fatos.

Outra questão importante é a integração e a coerência com os PPAs estaduais. Ora, todos sabemos que o PPA do nível federal não se integra com os PPAs estaduais, porque são feitos de forma independente. Aqui está novamente o PlanejaSUS que, no momento, discute o plano estadual, o plano municipal. Então, se nós estivermos discutindo o Pacto, o que acontecerá com esses PPAs estaduais? Não tenho dúvida será outro PPA. Repito que a questão da capacitação é fundamental dentro do PlanejaSUS. Acho que precisamos promover cursos de capacitação a distância. Entendo que podíamos começar com questões mais simples, que tenham mais abertura, que possibilitem mais acesso.

Para concluir, gostaria de enfatizar que precisamos discutir mais o método e o processo. De fato, quando estávamos discutindo o PlanejaSUS, apareceriam questões como: objetivos devem vir antes ou depois de diretrizes. Vêm antes políticas ou outra coisa. Há muitas dúvidas. E é um eterno aprender. Tenho certeza que o próximo Plano Nacional de Saúde, por conta do CTI, vai ser outro plano. E o próximo PPA também, porque o Ministério do Planejamento também aprende conosco, e a gente precisará fazer uma proposta nova.

Dentro do Ministério da Saúde, muitas pessoas não deram importância, no primeiro momento, ao Plano. Mas, agora, já estão vendo com outro olhar. Temos que realmente agradecer ao Ministro que, como Secretário-Executivo e como Ministro, acreditou no Plano e no PlanejaSUS, que dará o norte para um bom processo de planejamento.

João Baptista Risi Junior

Acho que tivemos uma boa reunião. Atingimos, no meu ponto de vista, aquele objetivo inicial, que era socializar essa experiência no sentido de consolidar algumas posições para a continuidade desse processo, que é o fundamental. Creio que o trabalho realizado, que amadureceu ao longo do tempo, trouxe uma experiência muito grande, que ajudará a instrumentalizar o novo plano e um novo processo de avaliação.

Acredito que, nessa instrumentalização, temos que considerar não só as questões apresentadas pelo CTI. Quer dizer, precisamos dispor, de antemão, de algumas indicações das áreas que fazem o planejamento, capazes de assegurar certos critérios mais ou menos uniformes de elaboração do plano, mas também muitos aspectos que surgiram dessa reunião. Cito, por exemplo, a questão da doutrina do planejamento e como essa consolidação do processo pode se firmar mais com a configuração do problema, dos descritores etc. Talvez essas questões possam ser mais trabalhadas em conjunto com as áreas técnicas para aperfeiçoar o próximo Plano Nacional de Saúde. Então, acho que essa reunião teve esse caráter de grande oportunidade também, por estar, inclusive, no final de gestão, em que estamos não esperando as coisas acontecerem, mas nos organizando para o futuro.

Finalmente, gostaria de dar uma notícia também da evolução do processo da Ripsa, porque esse trabalho do CTI é um elemento trabalhado no âmbito desta Rede. Existem várias outras linhas de trabalho, vários outros comitês. E, um deles, que considero fundamental, inclusive para fortalecer esse processo do planejamento, é a busca de uma metodologia de análise dos indicadores que construímos ao longo destes 10 anos da Ripsa, no sentido de produzir informes para orientação, ajuda, subsídios aos gestores do sistema de saúde.

Então, estamos começando agora um processo muito cauteloso, porque é uma experiência, que não se dispõe, de produção de informes de orientação voltados para a gestão, porque o que formulamos, geralmente, são específicos, com caráter muito técnico, acadêmico às vezes, de pouca utilização pelos gestores. É essa linha de trabalho que começou este ano, que tende a se aprofundar em 2007 e que, acredito, reforçará muito essa iniciativa.

Jose Antonio Escamilla

Há pouco foi mencionado que aprendemos continuamente. Dentro da grandeza que é o Brasil – um país com muitas experiências e com as peculiaridades que tem –, quero dizer que para a Opas, que também tem uma certa responsabilidade na interação com outros países das Américas, é um aprendizado constante, diário. Então, vocês podem ter certeza que todas essas experiências, esses debates são um aprendizado. Muitos países estão passando por essa problemática, tentando aprimorar todos os processos de monitoramento, de avaliação, de todo o planejamento.

Como mencionado, o uso de informação para a gestão é um desafio, pois temos que transmitir ao gestor, de uma maneira clara e concisa, um conhecimento epidemiológico que é às vezes bem complexo para ele, mas que ele precisa para gerir adequadamente o sistema de saúde. É um desafio que vai além do Brasil: muitos países estão nesse processo. Para, nós, também, esse trabalho foi aprendido, que servirá para outros países e para seus próprios sistemas de saúde. Então, eu agradeço também por essa oportunidade, a qual temos acompanhado. Parabéns, novamente, todos os colegas do CTI por esse excelente trabalho, primoroso para a saúde do Brasil.