

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Diva Verônica Bartz de Ávila

O USO DO RELATÓRIO DE GESTÃO DE SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO MUNICIPAL: ESTUDO DE CASO COM
DOIS MUNICÍPIOS GAÚCHOS

Porto Alegre

2012

Diva Verônica Bartz de Ávila

O USO DO RELATÓRIO DE GESTÃO DE SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO MUNICIPAL: ESTUDO DE CASO COM
DOIS MUNICÍPIOS GAÚCHOS

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

Orientador: Pedro de Almeida Costa

Porto Alegre

2012

Diva Verônica Bartz de Ávila

O USO DO RELATÓRIO DE GESTÃO DE SAÚDE COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO MUNICIPAL: ESTUDO DE CASO COM
DOIS MUNICÍPIOS GAÚCHOS

Conceito final: A

Aprovado em 03 de julho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ronaldo Bordin - UFRGS

Prof. Dra. Maria Ceci Araújo Misoczky - UFRGS

Orientador - Prof. Dr. Pedro de Almeida Costa - UFRGS

“O objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde – contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis”.

Adolfo Horácio Chorny

RESUMO

Introdução: O presente estudo traz o Relatório de Gestão Municipal de Saúde como uma ferramenta de gestão utilizada pelo secretário de saúde.

Objetivo: Verificar como dois municípios gaúchos utilizam este Relatório como ferramenta de gestão.

Métodos: A abordagem da pesquisa é qualitativa, sendo utilizado o delineamento *Estudo de Casos Múltiplos* com análise de comparações constantes. A amostra foi de dois municípios, Alpestre e Lajeado, do estado do Rio Grande do Sul. Foi aplicada aos seus gestores entrevista com questões abertas. Concomitantemente, foi realizada a análise dos documentos pertencentes aos Relatórios de Gestão dos municípios.

Resultados: Constatou-se que os acontecimentos que ocorrem na administração municipal são muito similares, mesmo em municípios diferentes em localização, tamanho, população e capacidade instalada. O Relatório de Gestão destes municípios tem sua aplicação um pouco diferenciada do que exige a legislação, visto receberem do estado uma orientação específica. Percebeu-se a falta de documentos e ações importantes. O Relatório de Gestão é documento obrigatório de prestação de contas.

Conclusão: O uso de ferramentas de gestão pelos gestores municipais qualifica o processo de planejamento. Entretanto, seria interessante dissociar os termos “ferramenta de gestão” e “prestação de contas”, visto que o segundo insere a questão da obrigatoriedade, retirando a liberdade do gestor de criar instrumentos de gestão ou se adequar aos já existentes.

Descritores: Administração Municipal. Gestão em Saúde. Planejamento em Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Macrorregiões e área de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde	21
Quadro 1 – Dados demográficos e territoriais	27
Quadro 2 – Equipe responsável pela elaboração do Relatório de Gestão	29
Quadro 3 – Facilidades e dificuldades na elaboração do Relatório de Gestão	30
Quadro 4 – Apresentação do Relatório de Gestão às instâncias de controle social.	32
Quadro 5 – Uso do Relatório de Gestão como ferramenta de gestão	34
Quadro 6 – Documentação do Relatório de Gestão	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO	9
2.1 PARA QUÊ PLANEJAR?	9
2.2 CONCEITO DE PLANEJAMENTO	10
2.3 CONCEITO DE ATOR SOCIAL	11
2.4 CONCEITO DE GESTOR PÚBLICO	12
2.5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE	12
2.6 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS	13
2.7 INSTRUMENTOS BÁSICOS – PLANO DE SAÚDE, PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO DE GESTÃO.	14
2.8 RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE – INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO, AUDITORIA E CONTROLE SOCIAL	16
2.9 O RELATÓRIO DE GESTÃO NO RIO GRANDE DO SUL	18
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA	24
4.3 PLANO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	25
5 RESULTADOS	26
5.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS	26
5.1.2 Dados demográficos e territoriais.	26
5.1.3 Entrevista com os Secretários Municipais de Saúde	28
5.1.4 Análise documental dos Relatórios de Gestão de Alpestre e Lajeado, ano 2010.....	35
6 DISCUSSÃO DOS DADOS	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46

REFERÊNCIAS.....	47
ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

A gestão do setor Saúde no Brasil sempre foi um grande desafio. Somos constantes telespectadores das seguintes notícias: caos no SUS (Sistema Único de Saúde), falta de leitos e medicamentos, filas nas Unidades Básicas de Saúde, insuficiente número de médicos. Os gestores municipais, por sua vez, recebem a missão de transformar essa realidade em serviços de saúde. Para que isto seja possível, é necessário que realizem planejamento, visando otimizar recursos materiais, financeiros e humanos na Saúde.

Planejamento é um processo contínuo e ininterrupto. É função primeira do gestor: verificar a situação atual, fazer o diagnóstico, planejar e agir. Este agir significará corrigir, readequar, melhorar. Para que isto seja possível, há muitos métodos que facilitam esse processo, indicados por diversos autores. Neste estudo, será apresentado o método de planejamento definido pelo Ministério da Saúde, através de sua leitura das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Este método revelar-se-á através da hierarquização do sistema de saúde, da ascendência das decisões, da gestão compartilhada, da responsabilização do gestor com o recurso público, entre outras variáveis. Precisa, sobretudo, estar em harmonia com os princípios do SUS.

A quem vai trabalhar, que lhe sejam dadas as ferramentas. As ferramentas, neste caso, são os instrumentos que o gestor irá utilizar para facilitar e documentar o processo de planejamento. Foram definidos pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, através da Portaria nº 399/2006, com o intuito de facilitar ao gestor este universo ainda tão pouco conhecido que é o planejamento. Não só para o gestor municipal, mas para qualquer administrador, visto nosso país ainda não ter por cultura o exercício do planejamento. Os instrumentos utilizados pelos gestores da Saúde serão o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão.

O primeiro instrumento faz o diagnóstico de saúde e estabelece os objetivos, diretrizes e metas para melhoria dos indicadores de saúde; o segundo

operacionaliza, indicando as ações; o terceiro é o que traz realmente o que foi atingido – indicadores de saúde e de ordem financeira. Este fornece as bases para ajuste do Plano de Saúde e indica os rumos para a Programação do ano seguinte.

Dos três instrumentos, um terá a sua análise privilegiada neste estudo: o Relatório de Gestão. Por um simples motivo: ele diz o que foi feito; ou melhor, o que deve ser feito. Além de tomar ciência da realidade, ele é altamente participativo, pois passa por toda a equipe e é analisado pelo Conselho de Saúde, no mínimo trimestralmente.

O estudo justifica-se pela necessidade de se fazer uma gestão de qualidade através das ferramentas de planejamento disponíveis, descritas acima.

Alpestre e Lajeado, ambos do Rio Grande do Sul, apresentam diferentes realidades, localidades e densidades demográficas. Demandas diferenciadas. São estes que nos apresentarão, através de estudos de caso, como o uso da ferramenta *Relatório de Gestão* auxilia no processo de planejamento. Assim, poderemos verificar se a elaboração e aplicação deste instrumento é um facilitador ou não no processo de planejamento da Saúde municipal.

Primeiramente, será colocado a importância do planejamento para o gestor; em seguida, trazemos os principais conceitos deste tema e tudo que caminha junto com ele, como o ator social e o gestor público. Em seguida, são apresentadas as leis que mais tem efeito sobre o planejamento em saúde, além da origem do Sistema de Planejamento do SUS. Os instrumentos de gestão Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão, tem suas finalidades descritas. Traz-se à luz, em destaque, o Relatório de Gestão, com seu arcabouço legal. Por fim, são apresentados os resultados desta pesquisa, onde são confrontados o modelo proposto pela legislação vigente e o utilizado pelo município; a percepção dos gestores sobre o instrumento de gestão e a análise de dois Relatórios de Gestão.

2 A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO

2.1 PARA QUÊ PLANEJAR?

O planejamento faz parte da vida de todos. Nossos horários, nossos estudos ou viagens são planejados. É inerente a tudo o que fazemos. Deste modo, porque preocupar-se em unir esta ação a um estudo? A resposta é simples: é através de planejamento que conseguiremos um “(...) melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, possibilitando que os nossos objetivos sejam alcançados da melhor forma possível” (PESSÔA, 2011, p. 85).

Planejar significa não prever ou projetar o futuro. É um processo contínuo de construção e avaliação, no início, no durante e no depois. Trata-se, segundo OLIVEIRA (2008, p. 4), de “um conjunto de providências a serem tomadas pelo executivo para a situação em que o futuro tende a ser diferente do passado”. Envolve, sem dúvida, um modo de pensar, um questionamento, uma atitude, uma tomada de decisão.

Conforme OLIVEIRA (2008, p. 6) três aspectos importantes do planejamento, enquanto processo contínuo, são necessários destacar. O primeiro diz respeito à **implicação futura** que uma decisão tomada hoje pode acarretar. É um processo sistemático e constante da tomada de decisões. O segundo é de que o planejamento **não é um ato isolado**; este permeia todas as áreas, faz parte de todas as áreas, mas também *necessita* de todas as áreas – precisa colher dados, observar situações, lidar com as imprevisibilidades. O terceiro é que **o processo de planejamento é mais importante que o resultado final**. Ele deve ser feito “pela” organização, e não “para” a organização. Deve envolver a equipe desde o início, para que as mudanças que serão implantadas contem com o apoio de todos.

O ator que planeja precisa de um método. Muito comum nos dias de hoje, sobretudo nas funções de gestores públicos, são pessoas que não utilizam nenhuma metodologia, nenhum plano de ação, agem somente pela intuição ou deixam-se

guiar pelo “destino”, pelo dia a dia (PESSÔA, 2011). Os poucos que tentam por em prática o planejamento, não conseguem socializá-lo e fazer adeptos aos seus projetos.

Porém, a partir do momento em que precisamos alcançar grandes objetivos e isto implicará na necessidade de mais “mãos na massa”, precisamos inserir métodos que nos auxiliem no processo de planejamento. Para tanto, neste começo de estudo, conheceremos os principais conceitos sobre planejamento, ator social e gestor público.

2.2 CONCEITO DE PLANEJAMENTO

Planejar consiste em:

(...) pensar antes, durante e depois de agir. Envolve o raciocínio (a razão) e, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos. PESSÔA (2011, p. 87)

Segundo a autora, muitos confundem planejamento com produzir planos de ação, ou com definição de normas, ou ainda com cálculos exaustivos de recursos – humanos, materiais ou financeiros. Estes são instrumentos que nos auxiliam a falar uma mesma linguagem, a definir o que nós precisamos entender, aplicar e agir.

Três premissas para o planejamento são importantes, especialmente quando se trata do setor saúde (CHORNY, 2008 *apud* PESSÔA, 2011, p. 86):

- 1) **O objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde** – contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e recursos disponíveis;
- 2) Planejar não é fazer o plano – **o plano é apenas um instrumento**, um meio, contendo orientações que visam a concretizar as mudanças desejadas;
- 3) O planejamento não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem planeja – **os objetivos e estratégias expressos no plano devem ser**

factíveis, do ponto de vista técnico, e viáveis, do ponto de vista político, guardando, portanto, relação com a realidade. (grifo nosso)

Com base nisto, observamos que o papel do ator que planeja é bem complexo, visto o objetivo amplo que possui, as metodologias que deve conhecer, e, principalmente, visualizar se o que está almejando é factível e viável. Se for apenas um dois, não irá prosperar.

“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998 *apud* BRASIL, 2007b, p.11).

2.3 CONCEITO DE ATOR SOCIAL

O ator que planeja, conhecido como ator social, é, segundo MATUS (*apud* DANIGNO, 2009, p. 101)

(...) uma pessoa, grupo ou organização, que participa de algum “jogo social”, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, tem, acumula (ou desacomoda) forças no seu decorrer e possui, portanto, capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto.

Para que este ator tenha esta “força”, é necessário que ele realmente tenha controle dos recursos, tenha uma organização minimamente estável e um projeto que consiga, efetivamente, intervir na realidade (PESSÔA, 2011). Não podemos esquecer que cada ator vê e atua sobre a realidade a partir de sua própria visão de mundo. Dessa forma, é importante a este ator unir com os demais atores – técnicos, políticos, a própria população – para que mais “olhares” estejam envolvidos no processo de planejamento. Isto facilita a própria negociação dos diversos interesses, que estão em jogo. Além disso, favorece que o processo do planejamento crie

corresponsabilidade entre os diversos atores, que certamente dará uma maior legitimidade aos planos e também viabilidade de implantação.

2.4 CONCEITO DE GESTOR PÚBLICO

Quando trazemos o conceito de ator social, muitas vezes iremos encontrar em seu lugar o de gestor público. Afinal, de acordo com Manual do Gestor Público, publicado pela Secretaria da Fazenda do Rio Grande do Sul, podemos definir o gestor público como “aquele que é designado, eleito ou nomeado formalmente, (...), para exercer a administração superior de órgão ou entidade integrante da Administração Pública” (RIO GRANDE DO SUL, 2009, p. 19). Este sujeito que é designado deve participar das atividades relacionadas à definição de políticas e metas, e, sem dúvida, tomar decisões visando o atendimento das finalidades.

Provavelmente este gestor conta com equipe técnica. Mas não é só dela o trabalho. Ele é um ator social que controla os recursos e tem o poder para tornar viável uma ação. Ou seja, ele precisa estar no processo de planejamento, e não em seu gabinete. Como tomar decisões sem conhecer as implicações? Como usar de seu poder político para tornar viável o que já é factível, do ponto de vista técnico? Portanto, precisamos unir dois conceitos: ator social e gestor público.

2.5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O dever e a necessidade do planejamento no SUS se deram mais efetivamente através das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. A primeira, que é conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dedica seu terceiro capítulo para tratar deste assunto. “Atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de ‘elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal’” (BRASIL, 1990, inciso XVIII do art. 16).

É importante destacar que o planejamento do SUS, segundo a lei nº 8.080/1990, será ascendente, ou seja, do nível local até o federal. A Lei complementar nº 141/2012 ratifica isso:

o processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos". (BRASIL, 2012, § 1º do art. 30)

Portanto, a construção deve ocorrer da secretaria municipal de saúde até o Ministério da Saúde. Isso advém, como já diz a lei, das peculiaridades e necessidades de cada município, devido a grande diversidade de culturas, concentração populacional e morbidades específicas de algumas regiões. Além disso, a lei nº 8.142/1990, já trazia algo muito relevante: a participação da população na criação das políticas de saúde. Deste modo, a cada reunião de Conselho de Saúde ou de Conferência de Saúde, a coletividade vai trazendo suas demandas para que uma política de saúde possa ser implantada.

2.6 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS

Como já foi dito, cabe à direção nacional do SUS estabelecer um planejamento estratégico, que una em responsabilidade os três entes federativos, na condução de um sistema de saúde mais resolutivo. Para tanto, através da Portaria nº 399 de 23 de fevereiro de 2006, foi definido o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS – visando um processo contínuo de planejamento, monitoramento e avaliação. Este sistema, obviamente, deve manter coerência ao que já foi previsto no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e nas demais Leis Orçamentárias. Está caminhando junto a eles.

Um dos objetivos mais específicos do PlanejaSUS, elencados pela Portaria nº 3.085 de 01 de dezembro de 2006, é a formulação de instrumentos básicos que

auxiliem os gestores. Ademais, é instaurar nos gestores uma cultura de planejamento, tão pobre ainda no Brasil. É desta Portaria que temos os instrumentos que serão relacionados a seguir.

2.7 INSTRUMENTOS BÁSICOS – PLANO DE SAÚDE, PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO DE GESTÃO.

Os instrumentos de planejamento hoje utilizados, criados pelo PlanejaSUS, são os seguintes:

- Plano de Saúde (PS);
- Programação Anual de Saúde (PAS); e
- Relatório Anual de Gestão (RAG).

O Plano de Saúde define-se como “(...) o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de 04 anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2007a, p. 16). A análise situacional é realizada com base em três eixos – condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde. É necessário traçar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população; verificar que medidas intersetoriais serão importantes para a manutenção da saúde e, no âmbito da gestão, se o processo de planejamento é posto em prática, se é descentralizado e se obtém participação da comunidade.

A Programação Anual de Saúde é o que operacionaliza o que foi colocado no Plano de Saúde. Vai detalhar ações, metas anuais e os recursos financeiros necessários para alcançá-las. Define prioridades. Para cada Programação há um Relatório de Gestão correspondente.

O Relatório Anual de Gestão é o “(...) instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde” (BRASIL, 2007a, p. 17). É o Relatório que irá atestar se as metas foram cumpridas ou não. Registra os avanços, as dificuldades encontradas, as medidas que foram ou deverão

ser tomadas. A Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, no art. 3º, assim o define:

O RAG é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS na respectiva esfera de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e das respectivas PAS.

A finalidade destes instrumentos, segundo esta Portaria, em seu Parágrafo único no art. 3º, traz o seguinte:

I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema;
II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados;
III - apoiar a participação e o controle sociais; e
IV - subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria.

Portanto, estes instrumentos foram criados para serem auxílios aos gestores do SUS no que diz respeito ao planejamento nos seus territórios, além de aumentar a capacidade resolutiva do SUS e o controle social. A Lei 141/2012 coloca ainda o seguinte: “os resultados do monitoramento e avaliação, previstos neste artigo, serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado (...) (BRASIL, 2012, §4º do art. 39).

Embora sejam oferecidos modelos básicos dos instrumentos citados, cada município e estado pode e deve adaptá-los à sua realidade.

2.8 RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE – INSTRUMENTO DE APOIO À GESTÃO, AUDITORIA E CONTROLE SOCIAL.

O Relatório de Gestão Municipal de Saúde - RGMS, além de obrigação legal, constitui instrumento fundamental para o acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde do SUS e seu financiamento.

Conforme já sinalizado, o Relatório de Gestão deverá acompanhar o cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde. Para tanto, se vale de indicadores para apurar os resultados alcançados. “Indicador é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas” (BRASIL, 2007b, p. 30).

Através da análise do indicador poderão ser identificadas alterações na mortalidade infantil, no número de vacinações ou de consultas, por exemplo. Deste modo, seu objetivo não é proporcionar um completo conhecimento em uma ou outra área, mas indicar qual está em situação crítica ou qual atingiu os objetivos. À medida que aparecem novos pontos críticos, se pode incluir ou excluir indicadores, de acordo com a necessidade. Entretanto, pontos básicos na Saúde, como mortalidade materna e infantil, por exemplo, devem ser constantemente acompanhados mesmo que não estejam em situação crítica, para garantir uma coerência e acompanhamento da programação.

Como características essenciais que o Relatório de Gestão deve possuir, vejamos o que diz a Portaria 3.176/2008, art. 5º:

- I - **clareza e objetividade**, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento;
- II - **unidade nos conceitos de seus elementos constituintes**; e
- III - **estrutura básica**, passível de aplicação pelas três esferas e de adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de cada uma. (Grifo nosso)

O Ministério da Saúde, através desta Portaria, determina que o Relatório de Gestão deve conter (adaptado de BRASIL, 2008):

- 1) objetivos, diretrizes e metas do PS;
- 2) ações e metas, definidas na PAS;
- 3) recursos orçamentários previstos e executados;
- 4) observações específicas referente às ações programadas;
- 5) análise do que foi executado da PAS; e
- 6) recomendações para a PAS do ano seguinte e ajustes no PS, se necessários.

Quanto à sua estrutura, a Portaria nº 3176/2008, em seu artigo 7º, determina a ordem:

- 1) introdução / apresentação dos dados / caracterização da esfera de gestão / ato que aprovou o PS / registros de compromissos técnico-políticos;
- 2) demonstrativo do orçamento;
- 3) comprovação da aplicação dos recursos;
- 4) análise sucinta da execução da PAS; e
- 5) recomendações a próxima PAS e ajustes do PS.

Como se trata de um instrumento de planejamento, quem orienta as áreas técnicas e consolida o Relatório de Gestão são os técnicos dos setores de planejamento do setor Saúde, nas três esferas. Após a entrega do material advindo das áreas técnicas (às quais tem responsabilidade de encaminhar recomendações para alteração da Programação, ser for o caso), o setor de planejamento irá apresentar ao seu respectivo Conselho de Saúde. Ao final de cada ano, submeterá também à análise das Comissões Intergestores (Regional, Bipartite e Tripartite), para emissão de parecer. Tanto no Conselho de Saúde como nas Comissões Intergestores, os Relatórios podem ser aprovados, aprovados com ressalvas ou reprovados. Se há inconformidades, há intervenção dos auditores do SUS e dos Tribunais de Contas.

Tratando mais especificamente do caso municipal, o secretário de saúde deve elaborar trimestralmente seu Relatório de Gestão e levar à análise do Conselho de Saúde. Após isto, encaminha à sua Coordenadoria Regional de Saúde. Os técnicos

destes setores, que são servidores estaduais, produzem uma análise mais aprofundada do Relatório e auxiliam seus municípios nos próximos passos a dar, atitudes que devem ser tomadas e nas alterações dos Planos de Saúde.

Quando são referidos prazos, veremos constantemente a palavra “trimestral” para o Relatório de Gestão. Este prazo foi utilizado até 2011. A partir do ano de 2012, através da Lei complementar nº 141/2012, a nova orientação é o prazo quadrimestral. Os entes federal, estadual e municipal estão se adequando a este novo prazo e esperando, até o momento, orientações do Conselho Nacional de Saúde dos seus respectivos Poderes Executivos.

2.9 O RELATÓRIO DE GESTÃO NO RIO GRANDE DO SUL

Em 1999, foi desenvolvido no Rio Grande do Sul um formato padronizado de Relatório para facilitar o acompanhamento da gestão municipal, para que permitisse uma comparabilidade entre os municípios e as diferentes regiões do estado. O objetivo, segundo informação obtida no *site* da Secretaria Estadual de Saúde (www.saude.rs.gov.br), foi estabelecer padrões de análise e promover a disseminação e transparência de informações, de modo a subsidiar as instâncias gestoras e controle social.

A portaria SES/RS nº 19, de 11 de junho de 1999 definiu, inicialmente, a forma de apresentação do RGMS e o conteúdo mínimo a ser apresentado. Desde aquele momento, o instrumento vem sendo aprimorado e novas portarias foram publicadas: portarias SES/RS nº 28/2000, nº 37/2003, nº 62/2003, nº 586/2006, portaria nº 078/2008, e mais recentemente a portaria nº 638/2010, atualmente em vigor.

O Relatório de Gestão Municipal de Saúde no Rio Grande do Sul é composto de dois blocos de dados. O primeiro, denominado pela Secretaria Estadual de Saúde de “Anexo I”, constitui um conjunto de planilhas Excel, e diz respeito às ações e serviços de saúde desenvolvidos e ao desempenho dos municípios em cada um dos indicadores pactuados. O segundo, denominado “Anexo II”, é relativo ao desempenho financeiro. De 2002 a 2006 ele foi elaborado pelos municípios em

planilhas Excel e em 2007 passou a ser gerado em arquivos de texto do tipo .txt contábil, através do programa "Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS)"

As planilhas do "Anexo I" foram modificadas em 2007 para adequarem-se às mudanças estabelecidas pelo Pacto pela Saúde. O Pacto foi divulgado e regulamentado pelas Portarias nº 399/2006 e nº 699/2006 do Ministério da Saúde e pela Portaria nº 91/2007. Esta última regulamentou a unificação do processo de pactuação de indicadores e instituiu o Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

Em 2008, a versão do "Anexo I" foi atualizada, conforme às alterações introduzidas pelo Ministério da Saúde no processo de pactuação do Pacto pela Vida e nos Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 325 GM/MS de 21 de fevereiro de 2008 . Este é o formato de "Anexo I" utilizado ainda hoje.

O "Anexo II", como já foi dito, vem sendo produzido pelo sistema MGS. Este é um sistema *on-line* que propicia à SES e às Coordenadorias Regionais de Saúde o monitoramento trimestral do desempenho financeiro dos municípios, além de gerar o "Anexo II" do Relatório de Gestão.

Os principais objetivos que o sistema MGS busca alcançar, conforme descritos em seu *site* (www.mgs.saude.rs.gov.br), são:

- Qualificar e simplificar o Relatório da Gestão em Saúde – Anexo II, facilitando as informações referentes à execução física e financeira dos municípios;
- Formar uma base de dados com informações provenientes de dois sistemas de informação – oriundos da Secretaria da Fazenda e Secretaria Estadual da Saúde – para o cálculo de alguns indicadores de desempenho físico e financeiro que compõem o Relatório de gestão; e
- Carregar mensalmente, dos sistemas de contabilidade dos Fundos Municipais de Saúde, o desempenho físico e financeiro dos municípios, proporcionando ao Estado o monitoramento trimestral.

Disponibilizar eletronicamente os dados é uma boa prática, adotada para dar transparência e credibilidade a qualquer processo. A Lei 141/2012 manda, em seu artigo 31,

Os órgãos gestores da saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I – comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II – Relatório de Gestão do SUS;

III – avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. (BRASIL, 2012, grifo nosso)

Como já relatado anteriormente, uma vez concluído o Relatório de Gestão pelo município, este é encaminhado ao controle social para análise e parecer (Conselho de Saúde e Câmara de Vereadores) e posteriormente para a Coordenadoria Regional de Saúde, que fará a análise dos dados apresentados pelo município.

É importante acrescentar que quando não ocorre este processo (prestação de contas/apresentação ao Controle Social/entrega na Coordenadoria Regional de Saúde) o município recebe a penalidade de inscrição no CADIN – Cadastro Informativo das Pendências. O CADIN é um instrumento que informa ao Governo do Estado os débitos de pessoas físicas e jurídicas perante a Administração Pública Estadual. Seu objetivo principal, segundo *site* da Secretaria Estadual da Fazenda (www.sefaz.rs.gov.br), é resguardar as finanças públicas estaduais, evitando repasses de recursos públicos e concessão de incentivos fiscais a pessoas físicas e jurídicas que tenham pendências para com o Estado. Enquanto não regulariza esta situação, o município não recebe recursos nem pode celebrar convênios.

No fim da análise deste processo, estão as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Cada Coordenadoria Regional de Saúde é responsável conjuntamente, com o Estado e com o Ministério de Saúde, pelas ações de planejamento, monitoramento, avaliação e controle em seus municípios.

A seguir veremos a Figura 1 que melhor elucidará as divisões regionais no estado para o setor Saúde e o nome dado a cada região. O nome demonstra o município sede da coordenadoria regional. As regiões que se apresentam unidas a outras por uma única cor formam uma macrorregião de saúde.

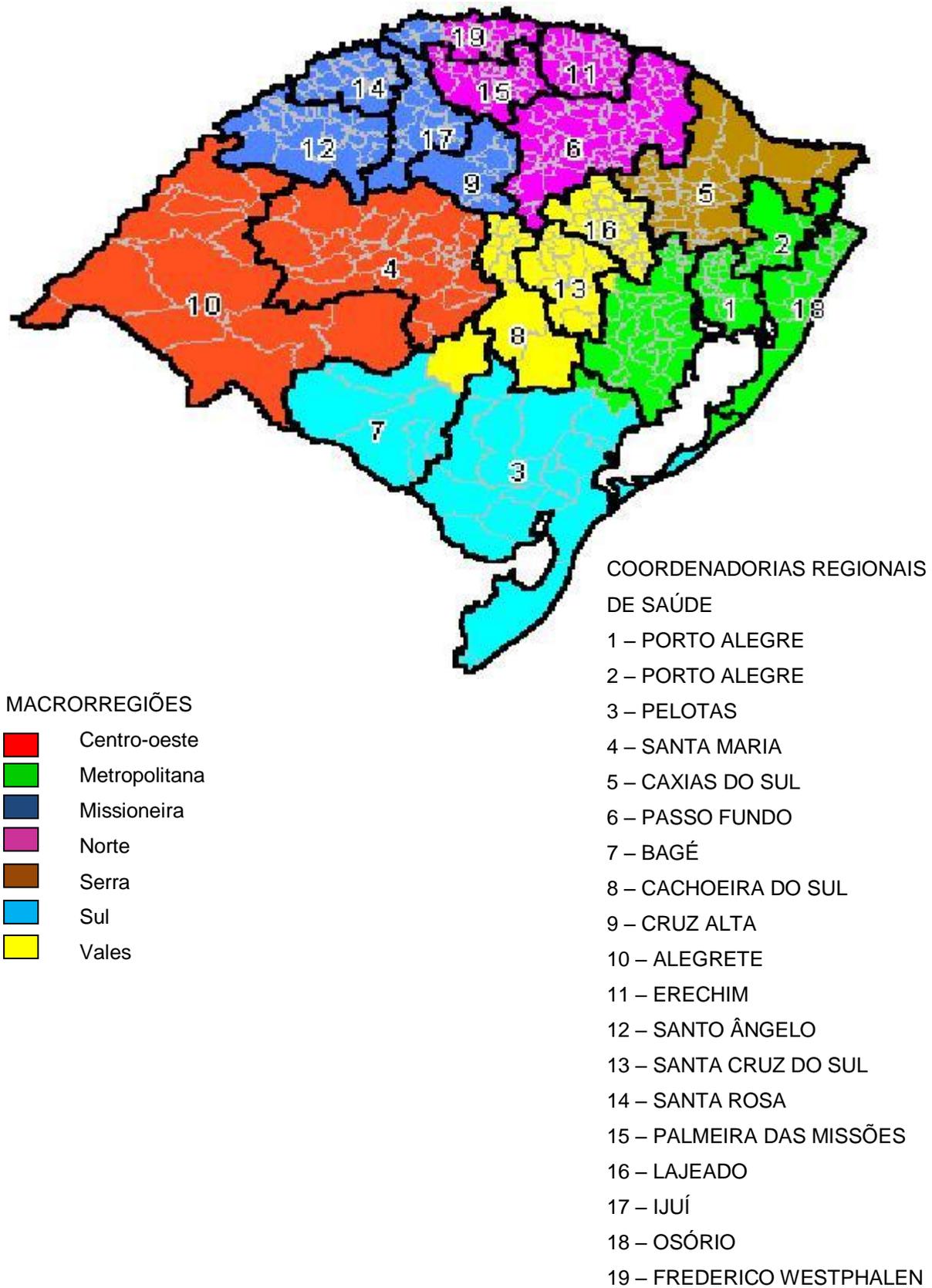


Figura 2 - Macrorregiões e área de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde
 Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul (2002, pág. 32).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar como dois municípios gaúchos utilizam o Relatório de Gestão de Saúde como ferramenta de gestão municipal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Confrontar o modelo de Relatório de Gestão definido pela legislação e o utilizado pelo município; em caso de diferença, avaliar as diversidades;
- Identificar como dois municípios gaúchos elaboram seus Relatórios de Gestão; e
- Verificar como utilizam o Relatório de Gestão na gestão municipal.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

É uma pesquisa de abordagem qualitativa com o delineamento de Estudo de Casos Múltiplos, tendo por objetivo verificar como dois municípios gaúchos utilizam o Relatório de Gestão Municipal de Saúde como ferramenta de gestão.

O estudo de caso caracteriza-se pela sua profundidade, e por isto não necessita de entrevistas muito estruturadas. Segundo GIL (2009, p. 8), são necessárias múltiplas fontes de evidências para se chegar a uma resposta. “O que fica mais evidente é a natureza holística dos estudos de caso. Ou seja, a proposta de investigar o caso como um todo considerando a relação entre as partes que o compõe” (GIL, 2009, p. 8). Quanto ao seu objetivo, classifica-se como um estudo de caso descritivo, pois procurou fornecer respostas a problemas do tipo “o que”? e “como”?. Deste modo, visou proporcionar uma ampla descrição de um fenômeno em seu contexto (GIL, 2009). Trata-se de casos múltiplos, quando falamos em quantidade, já que foram analisados 2 municípios.

O estudo de casos múltiplos não necessita (e não deve) representar o universo de pesquisa. Não é seu objetivo. Sua intenção é chegar ao mesmo fenômeno e verificar como dois ou mais sujeitos diferentes olham e atuam sobre ele.

Nos estudos de casos múltiplos, tal qual será o delineamento desta pesquisa, a importância se dá entre comparações e no teste de teorias. Verificará as semelhanças e diferenças entre dois municípios. “As evidências obtidas com os estudos de casos múltiplos são consideradas as mais convincentes” (GIL, 2009, p. 52).

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado através da visão de dois secretários municipais de saúde do Rio Grande do Sul e da análise documental dos RGMS dos seus municípios, visando identificar semelhanças e diferenças no modo em que usam o RGMS como ferramenta de gestão.

A escolha dos sujeitos da pesquisa ocorreu da seguinte forma: foram enviados *e-mails* às Coordenadorias Regionais de Saúde, onde foi solicitada a indicação de um ou mais municípios para participar da pesquisa. Estes deveriam atender ao critério “utilizam o RGMS como ferramenta de gestão”. Dos municípios indicados, foram enviados e-mails para os seus secretários de saúde. Após esta etapa, dentre os municípios que atenderam ao convite e se disponibilizaram, foram escolhidos dois, que são Alpestre e Lajeado, por serem de CRS diferentes e de proporções demográficas e territoriais também distintas.

O próximo passo foi a realização de entrevista, onde os secretários de saúde trouxeram suas experiências de gestão, uso do RGMS como ferramenta, dificuldades encontradas e sucessos alcançados.

Concomitantemente, foi realizada a análise documental dos RGMS, visando identificar o modo como está estruturado, se contem informações importantes para a gestão, se é coeso, transparente e de fácil entendimento. Como o RGMS é um processo anual (composto trimestre a trimestre), será analisado o do ano de 2010, para não comprometer o desenvolvimento do processo do ano de 2011, que ainda está em andamento.

4.3 PLANO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados deu-se nos meses de janeiro a março de 2012. A entrevista foi realizada via *e-mail* aos dois secretários de saúde participantes. A modalidade de entrevista utilizada foi a por pautas, onde se fazem perguntas mais diretas e em menor número, dando maior liberdade ao entrevistado. A análise do RGMS dos dois municípios ocorreu na Secretaria Estadual de Saúde, que tem sua unidade central em Porto Alegre/RS. Estes documentos são administrativos e podem ser consultados a qualquer tempo pela população.

5 RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS

A pesquisa ocorreu no estado do Rio Grande do Sul, com dois de seus municípios. No total, este estado conta com 496 municipalidades, distribuídas em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde.

Veamos a seguir os dados coletados do município de Alpestre e de Lajeado, dispostos lado a lado nos quadros a seguir, para facilitar a comparação.

5.1.2 Dados demográficos e territoriais.

O quadro 1 evidencia as diferenças demográficas e territoriais nos municípios. Ao passo que Alpestre tem uma área territorial relativamente grande para sua população, Lajeado possui um pequeno território e tem alta concentração demográfica. Alpestre é localizado no norte do estado, com predomínio da área rural para residência de seus habitantes. Em Lajeado, ocorre o contrário: mais de 99% de sua população reside em área urbana. Alpestre está situado na 19ª CRS e Lajeado na 16ª CRS, conforme Plano Diretor de Regionalização do estado.

ALPESTRE	LAJEADO
Área territorial	
328,75 Km ²	90,08 Km ²
Localização	
região norte do estado	região nordeste do estado
População total	
8.027 habitantes	71.445 habitantes
População residente em área urbana	
2.221 habitantes	71.180 habitantes
População residente em área rural	
5.816 habitantes	265 habitantes
Densidade demográfica	
24,42 hab/ Km ²	793,06 hab/ Km ²
História	
Foi elevado à categoria de município (pois anteriormente era distrito ligado ao município de Iraí) pela lei estadual nº 4.688, de 26 de dezembro de 1963.	O município foi criado por ato estadual nº 57, em 26 de janeiro de 1891.
Coordenadoria Regional de Saúde	
19ª – Frederico Westphalen	16ª – Lajeado

Quadro 1 – Dados demográficos e territoriais

5.1.3 Entrevista com os Secretários Municipais de Saúde

Em entrevista com os secretários de saúde de Alpestre e de Lajeado, foi possível adentrar em três temas ligados ao Relatório de Gestão: elaboração, controle social e planejamento em saúde – uso do RGMS como ferramenta de gestão municipal. A seguir veremos o posicionamento destes secretários quanto à ferramenta de gestão em estudo:

- Quanto à elaboração do RGMS:

ALPESTRE	LAJEADO
Equipe	
<i>Número de servidores envolvidos na elaboração do Relatório de Gestão</i>	
2	5
<i>Servidores concursados</i>	
1	4
<i>Servidores de cargo em comissão</i>	
1	1
<i>Conhecimento em Saúde Pública</i>	
Possuem	Possuem
<i>Participação do Secretário de Saúde na etapa da elaboração</i>	
Geração dos dados contábeis para o Relatório de Gestão	Avalia e analisa o Relatório de Gestão antes das apresentações e publicações, juntamente com a equipe técnica.

Quadro 2 - Equipe responsável pela elaboração do Relatório de Gestão

O quadro 2 apresenta a equipe responsável pela elaboração do Relatório de Gestão Municipal de Saúde. No caso de Alpestre, dois profissionais compõem a equipe. Um é funcionário de carreira (técnico em contabilidade) e o outro possui cargo em comissão (tecnólogo em processos gerenciais). Segundo o secretário de saúde, ambos servidores possuem conhecimento em Saúde Pública. A participação do secretário se dá na geração dos dados contábeis para o Relatório de Gestão.

No município de Lajeado, cinco pessoas elaboram o Relatório de Gestão. Três delas são enfermeiras, duas com especialização em auditoria em saúde e uma em epidemiologia. Estas trabalham no “Anexo I”, referente às ações em saúde, alcance de metas e revisão de indicadores. Os outros dois servidores geram o

“Anexo II”, sendo um integrante da Secretaria da Fazenda e outro do setor financeiro da própria secretaria municipal de saúde. Apenas um é de cargo comissionado (servidora responsável pela chefia de enfermagem). O secretário de saúde avalia e analisa o Relatório de Gestão antes das apresentações e publicações, juntamente com a equipe técnica.

ALPESTRE	LAJEADO
Facilidades	
<ul style="list-style-type: none"> • Inovação e avanço na prestação de contas através da implantação do sistema MGS. Dados são importados diretamente da contabilidade para o sistema informatizado, de modo fácil e rápido. Sistema disponibiliza dados importantes como receitas, rendimentos e despesas, nas três esferas de governo e também por projetos e/ou programas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de sistemas de informação onde todos os serviços estão informatizados e interligados, facilitando a compilação dos dados para a formação do “Anexo I”; • Sistema financeiro da prefeitura já fornece os dados para o “Anexo II”, cabendo ao responsável pelo setor financeiro da secretaria, juntamente com o secretário, avaliar o processo antes das apresentações.
Dificuldades	
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de um bom programa informatizado contábil e assessoria de boa qualidade; • A equipe tem dificuldades de fazer ajustes quando detectam divergências em dados contábeis; • Lançamento dos dados para o SIOPS (relata que o lançamento é manual); • Incompatibilidade de diversos programas de informática com o sistema MGS, utilizado pelo Estado. 	<p>Não relatou dificuldades.</p>

Quadro 3 – Facilidades e dificuldades na elaboração do Relatório de Gestão

O quadro 3 sintetiza as principais dificuldades e facilidades encontradas pelos secretários no processo de elaboração do Relatório de Gestão. O secretário de saúde de Alpestre enfatiza a implantação do sistema MGS (Monitoramento da

Gestão em Saúde) como facilitador do processo de prestação de contas. Em relação às dificuldades, o secretário coloca os problemas enfrentados na contabilidade do fundo municipal de saúde. Sugere que o Estado disponibilize um programa informatizado que padronize as informações contábeis, para uso no sistema MGS. Sugere também que o sistema MGS disponibilize as informações no formato de *slides* para facilitar a apresentação dos dados no CMS e na Câmara de Vereadores.

Em Lajeado, o secretário relata que inicialmente era muito trabalhoso compilar os dados das quinze Unidades de Saúde e seis Equipes de Saúde da Família e comparar com as informações apresentadas para o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA. Isto melhorou com a implantação de sistemas de informação onde todos os serviços estão informatizados e interligados. A montagem do “Anexo I” tornou-se mais fácil. De qualquer modo, o município continua com o serviço de vigilância sobre os dados. Em relação aos dados financeiros, o próprio sistema financeiro da prefeitura já fornece os dados que acabarão sendo importados para o sistema MGS. O secretário de saúde não relatou dificuldades para o período de elaboração.

- Quanto ao controle social:

ALPESTRE	LAJEADO
Apresentação do RGMS no CMS e Câmara de Vereadores	
<ul style="list-style-type: none"> • Secretário apresenta o Relatório de Gestão à comunidade. Não há a presença de outros da equipe de elaboração nestes dias de reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário apresenta os dados financeiros do Relatório de Gestão. As ações em saúde realizadas são apresentadas pela equipe técnica que compilou os dados. • É dada publicidade dos dados no <i>site</i> da prefeitura, após a apresentação.
Considerações acerca da análise do CMS	
<ul style="list-style-type: none"> • Considera boa a análise e deliberações do Conselho Municipal de Saúde; • Muitos não demonstram interesse de uma participação mais aprofundada; • Ainda não necessitou alterar alguma prestação de contas, pois nenhuma foi reprovada em sua gestão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontra grande dificuldade na capacitação dos membros do CMS, visto não estarem preparados para avaliar e entender a forma de elaboração do Relatório de Gestão; • Antes da apresentação do Relatório de Gestão ao CMS, a câmara técnica do Conselho é convidada para fazer a avaliação <i>in loco</i> dos documentos e dados apresentados no “Anexo II” junto ao setor financeiro responsável pela elaboração e controle das políticas de finanças da secretaria da saúde; • Equipe que elaborou o RGMS avalia as análises e deliberações realizadas pelo CMS; se são cabíveis os ajustes são realizados.

Quadro 4 – Apresentação do Relatório de Gestão às instâncias de controle social

Verifica-se, no quadro 4, que ambos os secretários referem a necessidade de capacitação dos Conselhos de Saúde. Percebem as dificuldades que os CMS possuem na análise do Relatório de Gestão, além do desinteresse da comunidade em participar das reuniões. Visando sanar dúvidas sobre seu Relatório, o secretário

de Lajeado convida a câmara técnica do CMS para fazer a avaliação *in loco* dos documentos e dados apresentados no “Anexo II” (dados da execução financeira, tais como descritivo dos gastos e extratos bancários). Além disso, dá publicidade dos dados através do *site* oficial da prefeitura.

- **Planejamento em Saúde – uso do Relatório de Gestão como ferramenta de gestão municipal.**

ALPESTRE	LAJEADO
Utilização do Relatório de Gestão	
<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de Gestão utilizado como controle das receitas destinadas para a Saúde pelas três esferas de governo. Dos valores gastos em saúde, tem-se a informação do percentual de aplicação e no quê foi aplicado os recursos, trimestralmente e anualmente. Deste modo, é possível programar a situação do próximo período. • Relatório de Gestão possibilita o acompanhamento dos indicadores de saúde pactuados no início do ano, permitindo verificar se as metas foram atingidas. A partir disto, são feitos ajustes com a equipe de saúde no decorrer do período. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de Gestão utilizado como ferramenta de gestão, principalmente para a composição do Plano Plurianual e dos Planos Anuais, pois apresenta dados financeiros e indicadores de saúde.
Alterações no Plano de Saúde e Programação Anual de Saúde	
<ul style="list-style-type: none"> • Novas demandas de saúde que surgem são colocadas na Programação Anual de Saúde do ano seguinte, pois servem como dados concretos do que ocorreu no período anterior; • O plano municipal de saúde é atualizado anualmente, conforme a necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de elaboração da Programação Anual de Saúde é avaliado e reavaliado durante várias vezes ao ano, através da análise do Relatório de Gestão; • A necessidade de alterar o Plano Municipal de Saúde já ocorreu, oriunda do surgimento dos novos programas do governo municipal, estadual ou federal.
Ações realizadas pós-análise do Relatório de Gestão	
<p>Às vezes são detectados no “Anexo I” dados epidemiológicos com problemas de metas não atingidas. Quando isso ocorre, são acionadas as três Equipes da Estratégia da Família, a equipe da vigilância em saúde e demais setores da saúde para correção do problema e sua resolução.</p>	<p>Através do RGMS, foram identificadas as seguintes necessidades no município: ampliar o número de equipes de saúde da família, criar o Ambulatório de Álcool e Drogas e o programa Farmácia Escola.</p>

Quadro 5 – Uso do Relatório de Gestão como ferramenta de gestão

O quadro 5 apresenta a utilização do Relatório de Gestão como ferramenta de gestão municipal. Segundo os secretários, o Relatório auxilia na reavaliação dos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde, além do Plano Pluri-anual. Verificou-se a necessidade de incluir novas demandas em saúde em Alpestre, além do acionamento das equipes de Saúde da Família para o alcance de metas. Em Lajeado, percebeu-se a necessidade de ampliar o número de equipes de Saúde da Família, criar o Ambulatório de Álcool e Drogas e o programa Farmácia Escola.

5.1.4 Análise documental dos Relatórios de Gestão de Alpestre e Lajeado, ano 2010.

Anualmente, as Coordenadorias Regionais de Saúde recebem os Relatórios de Gestão municipais. Isto aconteceu, até 2011, trimestralmente. Em 2012, a Lei 141, de 13 de janeiro, coloca o prazo quadrimestral para a entrega do Relatório de Gestão, algo que está ainda em processo, tanto pelo Ministério da Saúde quanto pelos estados e municípios.

Confrontemos agora, à luz da Portaria nº 3176/2008, a ordem da documentação e existência de documentos básicos do Relatório de Gestão e o realizado pelos municípios:

ALPESTRE	LAJEADO
Introdução, apresentação dos dados, caracterização da esfera de gestão, ato que aprovou o Plano de Saúde e registros de compromissos técnico-políticos	
Possui dados de identificação do município, prefeito, secretário de saúde e coordenadoria regional de saúde. Entretanto, estes dados estão após o "Anexo I" (ações em saúde, indicadores e metas alcançadas). Não iniciam o documento.	Conta com um ofício de encaminhamento com a descrição dos documentos enviados e identificação e assinaturas da prefeita, secretário de saúde e contador. É o primeiro documento do Relatório de Gestão.
Demonstrativo do orçamento e comprovação da aplicação dos recursos	
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de relatórios financeiros emitidos pelo sistema MGS; • Recibos do SIOPS, referente ao ano de 2010. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de relatórios financeiros emitidos pelo sistema MGS; • Extratos das contas bancárias dos recursos estaduais; • Recibos do SIOPS, referente ao ano de 2009 e 2010.
Análise sucinta da execução da PAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Planilhas de produção ambulatorial, recursos humanos da secretaria municipal de saúde, produção ambulatorial da média e alta Complexidade e produção hospitalar; • Relação de integrantes da equipe mínima da Vigilância em Saúde; • Listagem dos indicadores pactuados; • Plano de aplicação para os recursos; • Declaração anual de contrapartida (recurso que é de competência da secretaria municipal de saúde, de modo a subsidiar, juntamente com o estado e o MS, as ações de vigilância em saúde); • Presença de atas trimestrais do Conselho Municipal de Saúde, em meados de março de 2010, aprovando os indicadores pactuados, com lista de presença; • Atas da audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores aprovando as prestações de contas; • Formulário de análise do Relatório de Gestão, emitido pela CRS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planilhas de produção ambulatorial, recursos humanos da secretaria municipal de saúde, produção ambulatorial da média e alta Complexidade, produção hospitalar e de indicadores com análise de série histórica; • Listagem dos indicadores pactuados; • Gráfico comparativo (valor pactuado versus valor alcançado); • Série histórica de 2004 a 2009, procurando verificar a evolução dos dados; • Presença de atas do Conselho Municipal de Saúde, com lista de presença aprovando a prestação de contas de cada trimestre; • Ofício oriundo da Câmara de Vereadores informando que o Relatório de Gestão foi apreciado.
Recomendações à próxima Programação Anual de Saúde e ajustes no Plano de Saúde	
Não foram encontradas.	Não foram encontradas.

Quadro 6 – Documentação do Relatório de Gestão

O quadro 6 apresenta a documentação exigida através da Portaria nº 3.176/2008 e confronta com o que é apresentado pelos municípios.

Em relação à primeira parte do Relatório de Gestão, ambos os processos apresentam dados de identificação de seus municípios, bem como de seus gestores e equipes.

O demonstrativo do orçamento e comprovação da aplicação dos recursos se dá através de relatórios financeiros, fornecidos pelo sistema MGS. São eles:

- 1) Relatório 1 – Execução da Receita e Despesa;
- 2) Relatório 2 – Receita Proveniente de Impostos;
- 3) Relatório 3 – Demonstrativo Consolidado das Despesas;
- 4) Relatório 4 – Descritivo da Despesa;
- 5) Relatório 5 – Conciliação Bancária (com extratos das contas bancárias dos recursos estaduais);
- 6) Relatório 6 – Extrato de créditos do Estado;
- 7) Relatório 7 – Relação de recursos vinculados estaduais;
- 8) Relatório 8 – Relatório das Despesas por Grupo.

São inseridos também no processo os recibos do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, que é a comprovação de que o município fez o lançamento de seus dados financeiros (quanto aplicou em Saúde, sua dotação orçamentária prevista e alterada, despesas empenhadas e liquidadas, restos a pagar) conforme exige a Lei complementar 141/2012, que regulamentou a EC 29/2000.

Acerca da análise sucinta da PAS (Programação Anual de Saúde), terceira parte do Relatório de Gestão, é necessário verificar o “Anexo I”. Esta parte do Relatório diz respeito às ações em saúde realizadas no município, e recebe esta nomenclatura por orientação do Estado (*Anexo I* diz respeito às ações em saúde; *Anexo II* à execução financeira). A PAS não é o “Anexo I”; é uma programação ou planejamento que “caminha” junto aos indicadores, visto ser algo a ser alcançado.

A planilha de indicadores de saúde e de gestão pactuados é igual para todos os municípios, disponibilizada no *site* da Secretaria Estadual de Saúde. Estes indicadores são propostos pelos Pacto pela Vida e de Gestão para o biênio, que no

caso deste estudo é 2010/2011. Neste documento são pactuados indicadores com o Ministério da Saúde e com o Estado do Rio Grande do Sul.

Quando se trata do Pacto pela Vida, o município deve pactuar metas com o MS sobre as seguintes prioridades:

- 1) Atenção à Saúde do Idoso;
- 2) Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama;
- 3) Redução da Mortalidade Infantil e Materna;
- 4) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e epidemias;
- 5) Promoção da Saúde;
- 6) Fortalecimento da Atenção Básica;
- 7) Saúde do Trabalhador;
- 8) Saúde Mental; e
- 9) Atenção Integral às Pessoas em Situação ou Risco de Violência.

Em relação ao Pacto de Gestão, os seguintes indicadores são pactuados:

- 1) Proporção de doenças de notificação compulsória encerrados oportunamente após notificação;
- 2) Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) com causas básicas definidas;
- 3) Cobertura Vacinal com a vacina tetravalente (DTP+Hib) em crianças menores de 1 ano;
- 4) Percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro “coliformes totais”;
- 5) Município com pactuação de ações estratégicas de vigilância sanitária;
- 6) Índice de alimentação regular da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- 7) Implantação de ouvidorias do SUS nos estados e capitais;
- 8) Capacitação de conselheiros estaduais e municipais dos municípios prioritários, definidos em 2009.

Os indicadores pactuados entre estado e município são os que seguem:

- 1) Proporção de investigação de óbitos infantis;

- 2) Média anual de ação coletiva “Escovação Dental Supervisionada”;
- 3) Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- 4) Índice de contratualização de Unidades Conveniadas ao SUS, nos estados e municípios;
- 5) Número de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de *Aedes aegypti* em municípios infestados;
- 6) Número de visitas em armadilhas e pontos estratégicos realizadas em municípios não infestados por *Aedes aegypti*;
- 7) Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade;
- 8) Taxa de internação por acidente vascular cerebral na população de 60 anos ou mais;
- 9) Proporção de portadores de Diabetes mellitus na população de 60 anos ou mais;
- 10) Proporção de portadores de Diabetes mellitus cadastrados;
- 11) Taxa de internação por Diabetes mellitus na população de 60 anos ou mais;
- 12) Proporção de menores de três anos de idade acompanhados pelo programa Primeira Infância Melhor;
- 13) Taxa de internação por álcool e outras drogas;
- 14) Média mensal de visitas domiciliares por família realizadas por Agente Comunitário de Saúde;
- 15) Número de notificações dos agravos à saúde do trabalhador constantes no SIST-RS.

Com base nessas prioridades, dadas pelo Pacto pela Vida e de Gestão, e dos indicadores e metas pactuados com o MS e o estado do Rio Grande do Sul, o município lança os dados no Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (SISPACTO). Ao lado de cada indicador, descrito acima, o município deve colocar a meta a ser atingida em 2010 e 2011.

Além da documentação descrita acima, disposta no Relatório de Gestão semestralmente, há outros documentos relacionados às ações em saúde que foram encontrados em ambos Relatórios:

- 1) Planilha 1 – Produção Ambulatorial (traz a revisão dos indicadores e metas alcançadas);
- 2) Planilha 2 – Recursos Humanos (equipe de servidores da secretaria municipal de saúde);
- 3) Planilha 3 – Produção Ambulatorial - Média e Alta Complexidade (nº de procedimentos e serviços realizados, tais como patologia clínica, radiodiagnóstico, ultrassonografia e fisioterapia);
- 4) Planilha 4 – Produção Hospitalar (traz as internações por especialidade – cirurgia, clínica médica, obstetrícia, pediatria e psiquiatria).

Os municípios ainda dispõem em seus Relatórios as atas dos Conselhos de Saúde aprovando a prestação de contas de cada trimestre, e atas da audiência pública na Câmara Municipal de Vereadores.

Em relação à última parte do Relatório de Gestão, referente aos ajustes do Plano de Saúde e da Programação Anual de Saúde, através do confrontamento dos resultados como as metas propostas no início do ano, não há documentação em nenhum Relatório.

6 DISCUSSÃO DOS DADOS

O método de análise utilizado foi o de *análise por comparações constantes*. Segundo GIL (2009), a finalidade desta metodologia não é de testar uma hipótese, mas de entender como uma situação ocorre/se desenvolve de determinada forma. Não é representativa de um universo inteiro; ela conta a reconstrução da experiência dos sujeitos analisados. Traz a experiência à luz da teoria. “Esta teoria, no entanto, tem uma amplitude restrita. É uma teoria substantiva, específica para determinado grupo ou situação, que não pode, portanto, ser generalizada” (GIL, 2009, p. 97). A análise dos dados, neste método, ocorre paralelamente à coleta deles.

A comparação, enquanto momento da atividade cognitiva, pode ser considerada como inerente ao processo de construção do conhecimento nas ciências sociais. É lançando mão de um tipo de raciocínio comparativo que podemos descobrir regularidades, perceber deslocamentos e transformações, construir modelos e tipologias, identificando continuidades e descontinuidades, semelhanças e diferenças, e explicitando as determinações mais gerais que regem os fenômenos sociais. (SCHNEIDER; SCHIMITT, 1998, p. 43).

Foram realizados dois estudos de casos, com os municípios de Alpestre e Lajeado, do Rio Grande do Sul. Os municípios são diferentes entre si quanto à localização, mas sobretudo em relação aos seus territórios e densidade populacional. Alpestre é um município de 328 km², com uma população de um pouco mais de 8.000 habitantes, ao norte do estado. A maior parte de sua população reside em área rural. Lajeado é o contrário: município relativamente pequeno, quando comparado à Alpestre, mas possui alta densidade demográfica – seus 71.445 habitantes residem em uma cidade com um pouco mais de 90 Km². Mais de 99% da população vive em área urbana. Verificou-se, já no início da pesquisa, as disparidades regionais de habitação existentes neste estado. Possibilitou, ainda, a curiosidade em descobrir como dois municípios tão diferentes fazem o planejamento

da saúde em seus territórios. Com este objetivo, os secretários de saúde dessas municipalidades foram questionados.

Ambos os secretários foram solícitos em participar da pesquisa, em responder e complementar os dados. Foram indagados sobre três questões: a elaboração do Relatório de Gestão, o controle social em seu município e o uso do Relatório como ferramenta de gestão, objetivo de nosso estudo. Concomitantemente, foram analisados os Relatórios de Gestão destes dois municípios, levando em conta a estrutura destes instrumentos, a clareza e objetividade. São características essenciais que devem fazer parte do RGMS, segundo sua principal Portaria, de nº 3176/2008. Além disso, trazemos também para análise a Portaria SES nº 638/2010. É com base nesta legislação que se faz a verificação de como este documento vem contribuindo para ser uma ferramenta de gestão, para o próprio gestor e para a equipe técnica de suas secretarias de saúde.

Quando abordados sobre a elaboração do Relatório de Gestão, ambos afirmam que este é um trabalho em equipe, no qual também estão inseridos. Em Lajeado, além do secretário, há a presença de mais cinco pessoas envolvidas neste processo; em Alpestre, são duas. Sempre há funcionários de carreira (concursados da prefeitura) e funcionários de cargos comissionados trabalhando juntos. Todos, segundo os secretários, tem conhecimentos na área de saúde, como Saúde Pública, Enfermagem, Epidemiologia. Os servidores responsáveis pela parte financeira do Relatório de Gestão são contadores.

Os secretários abordam muito a questão da informatização da saúde, através da qual geram, importam e cruzam dados para consolidar o próprio Relatório de Gestão (Anexos I e II) e para o SIOPS. Verifica-se que a ferramenta de informática é fundamental hoje, pois possibilita com rapidez que o gestor envie os dados necessários para prestações de contas, além de gerar transparência e credibilidade àquele que acessa estas informações.

O secretário de Alpestre enfatiza a importância do sistema MGS na geração do Relatório de Gestão “financeiro”. Ressalta que com facilidade obtém dados importantes, como receitas (das três fontes) e despesas. Coloca como impedimento seu próprio sistema informatizado, equipamentos e falta de pessoal especializado.

O secretário de Lajeado também traz algo interessante: a interligação de vários sistemas de informação na análise dos dados. Isto dá riqueza ao trabalho de

quem realiza o diagnóstico situacional e facilita o preenchimento do “Anexo I”, que não possui sistema para lançamento dos dados ainda.

Quanto ao controle social, todos apresentam seus Relatórios nos Conselhos Municipais de Saúde. No caso de Alpestre, nenhum Relatório foi reprovado ou aprovado com ressalvas; entretanto, o secretário percebe a falta de interesse da comunidade em geral (gestores, trabalhadores da saúde e usuários do SUS) de participar das reuniões. Em Lajeado, o secretário percebe a falta de capacitação dos conselheiros. Para tentar sanar esta dificuldade, o município convida a câmara técnica do CMS para avaliar *in loco* os documentos financeiros.

Na apresentação ao CMS e à Câmara de Vereadores, o secretário de Lajeado e sua equipe estão presentes. No caso de Alpestre, é somente o secretário que expõe os dados.

Uma ação interessante do município de Lajeado é viabilizar, através do *site* de sua prefeitura, os dados do Relatório de Gestão a todos que quiserem consultar.

Chegamos agora a uma questão importante: o uso do Relatório de Gestão. Os dados estão disponíveis, a análise foi feita, as conclusões foram expostas para a comunidade. Segundo o secretário de Alpestre, o Relatório consolida dois fatores importantes – controle das receitas das três esferas de governo e sua aplicação e o acompanhamento dos indicadores pactuados no início de cada ano. Quando é necessário, são feitos ajustes para o próximo ano (se referindo a PAS e ao próprio Plano Municipal de Saúde), além de acionar as equipes de Saúde da Família de seu município para investigar alterações considerativas nas taxas de indicadores.

O secretário de Lajeado afirma que o RGMS já é utilizado como ferramenta de gestão de seu município. O Relatório é revisto várias vezes durante o ano, já levou a ajustes na PAS e no Plano de Saúde. Foi através da análise do RGMS que até o Plano Pluri-Anual foi composto a partir dele. Há dados concretos trazidos por este secretário que ilustram a importância da análise de um Relatório de Gestão. Foi identificada a necessidade de aumentar o número de equipes de Saúde da Família no município, além de criar um Ambulatório de Álcool e Drogas e um programa denominado Farmácia Escola. Verifica-se, desse modo, como a análise conjunta de dados pode nos demonstrar onde estão as fraquezas com as quais precisamos lidar, e o quê já foi superado.

Analisando seus Relatórios de Gestão mais especificamente, vemos que possuem problemas em sua uma estrutura básica. De acordo com a Portaria GM nº 3.176/2007, necessitariam seguir uma ordem de documentação, que inicia com os seguintes documentos: introdução, apresentação dos dados, caracterização da esfera de gestão, ato que aprovou o Plano de Saúde e registros de compromissos técnico-políticos; demonstrativo do orçamento e comprovação da aplicação dos recursos; análise sucinta da execução da PAS e recomendações à próxima PAS e ajustes do PS.

De modo geral constaram os documentos solicitados através da Portaria supracitada. Similaridades foram encontradas, como o ofício de encaminhamento ou apresentação utilizado pelos municípios, os indicadores pactuados (são os mesmos do Pacto pela Vida e de Gestão), a presença de atas do CMS e da Câmara de Vereadores e a prestação de contas dos recursos financeiros, das três esferas.

Pode-se dizer similar também a ausência do documento “ato que prove o Plano de Saúde” e “registro de compromissos técnicos-políticos”. São documentos importantes porque são eles que, confrontados com os resultados, proporcionarão a descoberta de quais objetivos foram alcançados. A questão do Plano de Saúde é tão importante que foi motivo do inciso II, do parágrafo único, artigo 22 da Lei 141/2012. Neste artigo, verifica-se que a União e os Estados podem condicionar a entrega de recursos, inclusive na modalidade regular e automática, se o município não possuir Plano de Saúde. Conforme conversa com os dois secretários, ambos os municípios possuem Plano. Entretanto, vemos através da análise da documentação dos Relatórios de Gestão que não são ainda documentos “parceiros”, que caminhem lado a lado – PS / PAS / RGMS.

No que tange ao financeiro, podemos concluir que possui os documentos básicos, fornece dados para o SIOPS, e importam direto de suas contabilidades todas as informações pertinentes a receitas, despesas e saldos, além do que foi aplicado em saúde. A existência de um sistema informatizado, padronizado para todos os municípios (o MGS) facilitou o que o Estado denomina de “Anexo II”.

Em relação às ações em saúde, mais propriamente ao demandado na Portaria nº 3176/2008, “análise sucinta da PAS”, foi encontrado o mesmo modo de apresentação por ambos municípios. É neste momento em que aparece a tabela de indicadores pactuados e as metas a serem atingidas no ano ou no biênio. É o

denominado “Anexo I”. Este não é a PAS, que é bem mais complexa: além do que é pactuado, deve demonstrar que ações o município irá operacionalizar para atingir aquele objetivo: é um plano de ação. Este documento falta em ambos Relatórios.

Por fim, o documento que daria a diretriz do que deve ser alterado, revisto, reformulado e/ou ajustado na PAS do próximo ano ou no Plano de Saúde mesmo, este não existe. Não consta em nenhum dos Relatórios. Ambos secretários colocaram que já realizaram ajustes no Plano e na PAS, por demanda vista no Relatório de Gestão. Isto denota que já vem ocorrendo, só não é documentado.

A falta de documentação relacionada ao planejamento nos direciona a um fator importante – para quê é utilizado o Relatório de Gestão. Sobretudo, para os gestores municipais, Relatório de Gestão é um conjunto de documentos de prestação de contas. É um instrumento obrigatório, ou seja, se não for utilizado, o município será inscrito no CADIN e deixará de receber recursos.

Seria proveitosa para a gestão municipal a dissociação dos termos “instrumento de gestão” e “prestação de contas”, principalmente no que tange ao planejamento em saúde. Possivelmente os municípios teriam mais liberdade para planejar, utilizando instrumentos oferecidos pelo Ministério da Saúde ou Estado ou definidos por eles mesmos. Lembrando que o ato de prestar contas é indispensável, uma vez que o gestor administra recursos públicos; entretanto, separar ferramentas de gestão dos atos obrigatórios da administração pública, como a prestação de contas, poderia gerar melhor aproveitamento do uso de ferramentas de gestão, através da criatividade dos gestores e suas equipes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há dúvidas que os instrumentos de gestão, para a o setor Saúde, são imprescindíveis ao gestor público. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório de Gestão são as ferramentas na administração municipal. Mesmo cada estado e município possuir uma organização diferente, devido as suas características próprias, os instrumentos do PlanejaSUS devem ser utilizados por todos para garantir as ações de planejamento e a transparência das ações para todo o controle social.

Focada no Relatório de Gestão, esta pesquisa permitiu verificar como dois municípios gaúchos utilizam o instrumento como ferramenta de gestão. Observou-se que é um item importante de prestação de contas, sobretudo dos dados financeiros. Quanto aos dados relacionados às ações em saúde, ao que foi alcançado da Programação Anual de Saúde, estes municípios ainda não documentam, com clareza, o mais importante – o que foi e o que não foi feito; o que deverá ser ajustado; etc.. Observou-se que os secretários consideram o Relatório de Gestão um instrumento importante, mas não fazem ainda uso total dele. O objetivo do Relatório de Gestão – ser ferramenta de prestação de contas, *feedback* de dados para as equipes responsáveis pelas ações e documento orientador para ajustes do Plano e da Programação – está parcialmente alcançado.

Para melhoria do processo de planejamento no Rio Grande do Sul, os resultados desta pesquisa serão direcionados ao Departamento de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde, orientadora, em nível estadual, do Relatório de Gestão Municipal, e para as Coordenadorias Regionais de Saúde que indicaram os municípios a participar da pesquisa e que analisam as documentações trimestralmente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Legislação federal e estadual do SUS, Out 2000.

_____. **Portaria nº 3.176 de 24 de dezembro de 2008**. Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório de Gestão Anual de Gestão. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-3176.htm>. Acesso em 05 jan 2012.

_____. **Lei complementar nº 141 de janeiro de 2012**. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 15 fev 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – organização e funcionamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a, 68 p, v.1.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b, 46 p, v.2.

CHORNY, Adolfo Horácio. **Planejamento e programação em saúde**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>. Acesso em: 20 mar 2012.

_____. **Planificación en salud: viejas ideas em nuevos ropajes**. Disponível em: <<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/chorny.pdf>>. Acesso em 20 mar 12.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento Estratégico Governamental**. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009, 166 p.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório**. São Paulo, SP: Atlas, 2009, 148 p.

MATUS, Carlos. **Estratégias políticas**. São Paulo: FUNDAP, 1996.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia, práticas**. 25.ed..São Paulo: Atlas, 2008, 331 p.

PESSÔA, Luisa Regina (Org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011, 208 p.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Diretor de Regionalização do Rio Grande de Sul, julho 2002.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_rs_completo.pdf>. Acesso em: 20 mar 2012.

_____. Secretaria da Fazenda. **Manual do gestor público: um guia de orientação ao gestor público.** Porto Alegre: CORAG, 2009, 316 p.

SCHNEIDER, Sergio; SCHIMITT, Cláudia Job. **O uso do método comparativo nas Ciências Sociais.** Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/pgdr/arquivos/373.pdf>>. Acesso em 23 jan 2012.

ANEXOS

Anexo 1 – Entrevista por pautas



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

Prezado Secretário Municipal de Saúde, você está participando da pesquisa:

O USO DO RELATÓRIO DE GESTÃO DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO MUNICIPAL: ESTUDO DE CASO COM DOIS MUNICÍPIOS GAÚCHOS.

Pesquisadora: Diva Verônica Bartz de Avila

O objetivo principal deste estudo é verificar como dois municípios gaúchos utilizam o Relatório de Gestão como ferramenta de gestão, além de comparar metodologias. Com este estudo, poderemos disseminar a prática da gestão em saúde através de instrumentos de gestão, ajudando a inserir, inclusive, uma cultura de planejamento em nosso estado.

A entrevista é dividida em três pautas: elaboração do Relatório de Gestão, controle social e uso do Relatório de Gestão como ferramenta de planejamento em Saúde.

Responda com a maior sinceridade possível às questões, para que retrate o modo como seu município realiza o planejamento em saúde.

A sua entrevista deve retornar ao e-mail de origem: diva-avila@saude.rs.gov.br . Pode digitar as respostas neste mesmo arquivo ou em separado. Não há limite de linhas, expresse-se como quiser. Se restarem dúvidas, a pesquisadora entrará em contato novamente. A qualquer tempo o entrevistado pode tirar dúvidas sobre o estudo com a pesquisadora.

Tão logo sua entrevista for inserida dentro do corpo da pesquisa, será reenviada a você para sua análise das respostas dentro do contexto da monografia.

Município: _____

Secretário: _____

QUANTO À ELABORAÇÃO DO RGMS:

- 1) Quantos profissionais compõem a equipe de elaboração do Relatório de Gestão? São concursados ou de cargos comissionados? Possuem conhecimento em Saúde Pública?
- 2) Você participa da elaboração do RGMS? Em qual momento?
- 3) Quais são as facilidades e dificuldades encontradas durante o período de elaboração do RGMS?

QUANTO AO CONTROLE SOCIAL:

- 1) Como você avalia a análise e deliberações do Conselho Municipal de Saúde? O município consegue fazer as alterações propostas pelo CMS, em caso de aprovação com ressalvas ou reprovação?
- 2) A equipe que elaborou o RGMS está presente na reunião de apresentação do RGMS no CMS e na Câmara de Vereadores para explicá-lo e/ou defendê-lo? Quem costuma estar presente?

QUANTO AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE (USO DO RGMS COMO FERRAMENTA):

- 1) De posse do RGMS, com toda a descrição situacional de saúde e financeira, como é utilizado, em seu município, esta ferramenta de gestão?
- 2) As demandas apresentadas no RGMS, bem como as novas realidades de saúde que surgem, são colocadas na Programação Anual de Saúde do ano seguinte?
- 3) Já surgiu a necessidade de alterar o Plano Municipal de Saúde?
- 4) Apresente uma situação na qual, através do uso do RGMS, foi diagnosticado um problema e colocado na Agenda de Governo a necessidade de sua resolução.

Você gostaria de acrescentar alguma observação sobre o uso do RMGS a esta entrevista?