

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS RELATÓRIOS ANUAIS DE GESTÃO:
DIFICULDADES, AVANÇOS E REFLEXÕES**

Ana Raquel Campos de Almeida^a

Mariluce Karla Bomfim De Souza^b

Resumo

Este estudo de abordagem qualitativa teve por objetivo apresentar algumas percepções e reflexões sobre o processo de construção e análise do Relatório Anual de Gestão de três municípios de uma região de saúde do estado da Bahia. Inicialmente, pretendia-se incluir todos os municípios que compõem esta região, porém, diante dos critérios de inclusão, identificou-se que 56% destes municípios não possuíam o Relatório Anual de Gestão de 2010, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde no período da coleta. Dos demais que possuem o instrumento, houve o desinteresse de 30% dos gestores em participarem do estudo. Os dados foram obtidos por meio da análise dos Relatórios Anuais de Gestão dos municípios participantes e pela aplicação de um questionário aos gestores municipais de saúde, sendo estes os sujeitos participantes. Os resultados apontam que existem fragilidades para a construção dos relatórios de gestão em alguns municípios, além da dificuldade de utilização deste, enquanto instrumento de gestão e planejamento das ações. Este estudo evidenciou a importância da produção de informações para a elaboração do Relatório de Gestão; entretanto, há que se resgatar a ênfase na análise qualitativa dos dados apresentados que ajudarão no processo de tomadas de decisão para a gestão e o planejamento em saúde. Pode-se concluir que a atuação dos conselheiros ainda se faz de forma tímida e incipiente em muitos municípios brasileiros, sendo necessária a adoção da política de educação permanente em saúde pelos municípios e que se inclua, como prioridade, a questão da participação e do controle social. Cabe refletir sobre a utilização dos instrumentos de gestão para a tomada de decisão e o aprimoramento do processo de gestão nas diferentes realidades dos municípios brasileiros.

Palavras-chave: Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Planejamento. Relatório.

^aCentro de Ciências da Saúde; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.

^bInstituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Ana Raquel Campos de Almeida – Avenida 17 de abril, 289, Centro – CEP: 44645-000 – Capela do Alto Alegre (BA), Brasil – E-mail: rk-campos@hotmail.com

Abstract

This qualitative study aimed at presenting some insights and reflections on the process of construction and analysis of the Annual Management Report of three municipalities of a health region of Bahia State, Brazil. Initially, it was intended to include all the municipalities that form this region, but, in face of the inclusion criteria, we identified that 56% of these municipalities did not have the 2010 Annual Management Report approved by the Municipal Council of Health in collection period. From the others who own the instrument, there was a 30% detachment of managers in participating in the study. Data were obtained by analyzing the Annual Management Reports of the participating municipalities and by applying a questionnaire to municipal health managers, who were the participant subjects. The results indicate that there are weaknesses for the construction of management reports in some municipalities, in addition to the difficulty of using this as an instrument of management and action planning. This study highlighted the importance of the production of information to prepare the management report; however, there must still be emphasized the qualitative analysis of data presented that will help in the decision-making process for the management and planning in health. It can be concluded that the role of councilors is still so timid and incipient in many Brazilian municipalities, requiring the adoption of permanent education in health policy by the municipalities and that it includes as a priority the issue of participation and social control. One must reflect upon the use of management tools for decision making and management process improvement in the different realities of the Brazilian municipalities.

Keywords: Health planning. Health management. Planning. Report.

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMES ANUALES DE GESTIÓN: DIFICULTADES, AVANCES, Y REFLEXIONES

Resumen

Este estudio cualitativo pretendió presentar algunas ideas y reflexiones sobre el proceso de construcción y análisis del Informe de Gestión Anual de tres municipios de una región de salud del estado de Bahía, Brasil. Inicialmente, se pretendía incluir todos los municipios que hacen de esta región, pero frente a los criterios de inclusión, identificamos

que el 56% de estos municipios no tenían el Informe de Gestión Anual de 2010 aprobado por el Consejo Municipal de la Salud en el período de recolección, de otros que poseen que el instrumento era el desprendimiento del 30% de los gerentes en participar en el estudio. Los datos fueron obtenidos mediante el análisis de los trapos de los municipios participantes y mediante la aplicación de un cuestionario a los directores municipales de salud, los sujetos participantes. Los resultados indican que hay debilidades para la construcción de informes de gestión en algunos municipios, además de la dificultad de utilizar esto como un instrumento de gestión y planificación de la acción. Este estudio destacó la importancia de la producción de información para la preparación del informe de gestión, sin embargo, tiene que rescatar el énfasis en el análisis cualitativo de los datos presentados que ayudaran en el proceso de toma de decisiones para la gestión y planificación en salud. Puede concluirse que el papel de los consejeros es todavía tan tímido e incipiente en muchos municipios brasileños, requiriendo la adopción de la educación permanente en la política de salud por los municipios y que se incluya, como una prioridad, el tema de la participación y control social. Es importante pensar sobre el uso de herramientas de gestión para la toma de decisiones y mejora de procesos de gestión en las diferentes realidades de los municipios brasileños.

Palabras clave: Planificación en salud. Gestión en salud. Planificación. Informe.

INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde bem como os instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios, tem sido objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS) assumindo, portanto, papel de destaque para a elaboração das políticas de saúde e consolidação do SUS.

A fim de obter um planejamento eficaz, é necessário identificar os problemas de forma precisa, interagir com os atores sociais, conhecer a realidade e identificar as necessidades da população. O planejamento deve ser reconhecido como uma tecnologia capaz de orientar as decisões e o processo de gestão, sendo necessário que o gestor dê ênfase à produção de conhecimento nesta área, suas tecnologias e facetas, para que as ações planejadas possam atender às necessidades da sociedade na área da saúde.¹

Matus² define planejamento como o “cálculo que precede e preside a ação”. Segundo tal autor, sob o enfoque estratégico, quem realiza o planejamento é o ator social considerado como parte do sistema planejado que se inter-relaciona mediante determinantes e condicionantes, ocupando, portanto, um lugar determinado no processo e sistema.

Diferentemente do enfoque normativo, no qual quem planeja atua como um agente externo sobre um sistema-objeto, sozinho sem a presença de demais atores, além do que está fora, não conhecendo a realidade planejada.

O enfoque estratégico do planejamento representa uma combinação de saberes e tecnologias acumuladas e vem incorporando, de modo diversificado, a questão do sujeito/ator social nos diferentes contextos e modelos teórico-práticos, desenvolvidos pelos sujeitos sociais que discutem o planejamento numa perspectiva crítica, comunicacional e estratégica.¹

Nesse sentido, torna-se relevante que o planejamento em saúde resgate a função social do estado e se contraponha à ordem do projeto neoliberal para a saúde, criando novos mecanismos de gestão. Para isso, sugere-se a abertura de espaços para a democratização do setor saúde, o reconhecimento dos direitos do cidadão, a incorporação de suas necessidades e a participação social sobre a produção dos serviços que possam contribuir decisivamente para a construção de um projeto de transformação das práticas de saúde, articulando a eficácia, a eficiência e a efetividade das ações de saúde.³

Com o objetivo de aprimorar o planejamento em saúde, o Ministério da Saúde dispõe de um sistema próprio, o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), no qual os resultados decorrentes do processo de planejamento expressam de forma concreta os instrumentos que lhe são próprios e compõem o elenco básico dos produtos para serem promovidos de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do Sistema e conferir direcionalidade às ações e aos serviços de saúde necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.⁴

Os instrumentos para o planejamento que surgem por meio de seu processo, como planos, relatórios e diretrizes, passam a adquirir um espaço cada vez mais permanente e importante na legislação do SUS, seja com o propósito de indicar processos e métodos de formulação, seja com o propósito de requisitos para fins de repasse de recursos e controle e auditoria. Vale ressaltar que tais instrumentos, os quais devem ser submetidos e apreciados no Conselho de Saúde, devem ser claros e precisos de modo que facilitem o entendimento dos gestores, técnicos envolvidos, profissionais da saúde e da sociedade, à medida que envolvam a participação efetiva dos usuários como forma de exercício do controle social.

Dentre tais instrumentos, cabe destacar a importância do Relatório Anual de Gestão (RAG) para um melhor aproveitamento das oportunidades, enfrentamento, superação dos desafios e auxílio aos gestores no processo de tomada de decisões, contribuindo, assim, para a solidificação do SUS. O RAG configura-se como um instrumento privilegiado que apresenta os resultados alcançados, contemplando aspectos qualitativos e quantitativos e

orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Além disso, comprova a aplicação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde, sendo indissociável do Plano Municipal de Saúde (PMS) e de suas respectivas programações. Trata-se de um mecanismo de acompanhamento financeiro e avaliação do funcionamento dos serviços que se integram aos instrumentos de gestão, o Plano Plurianual (PPA), a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), no processo de planejamento do SUS.² Portanto, o RAG deve permitir a verificação das ações e dos serviços ofertados, bem como a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, e deve ser submetido à apreciação pelos conselheiros.

Mesmo o SUS apresentando amplo arcabouço jurídico-legal, Anunciação e Souza⁵ declaram que, ainda no cotidiano das práticas de saúde, existem exercícios que não contemplam as determinações contidas nas leis que definem e versam sobre o planejamento em saúde.

Este artigo apresenta algumas percepções e reflexões sobre o processo de construção e análise do RAG de três municípios de uma região de saúde do Estado da Bahia, consideradas como a metodologia de construção e elaboração dos relatórios de gestão, e as dificuldades e os avanços em sua construção.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi ancorado na abordagem qualitativa e foram utilizados como cenários três municípios da região de saúde de Santo Antonio de Jesus (SAJ), localizada na macrorregião Leste da Bahia. Este local é composto por um total de 23 municípios, dos quais três satisfizeram aos critérios de inclusão deste estudo, os quais foram: municípios que possuem o RAG 2010 aprovado pelo respectivo conselho e a aceitação do gestor para responder ao questionário. Considerando os objetivos desta pesquisa, inicialmente, pretendia-se incluir todos os municípios que compõem esta região, porém, diante dos critérios de inclusão, identificou-se que 56% destes municípios não possuíam o RAG 2010 aprovado pelo conselho no período da coleta, sendo que dos demais que possuem o instrumento houve o desinteresse de 30% dos gestores.

Os municípios participantes deste estudo são integrantes de diferentes Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), sendo estas a 4^o, 29^o e 31^o. Esses municípios são formados por um quantitativo populacional consideravelmente diferente, o que afeta também a oferta e a demanda dos serviços de saúde oferecidos por eles, como aqueles de média e alta complexidade. No que tange à atenção básica, os três municípios apresentam uma cobertura maior que 70% do Programa de Saúde da Família. O Serviço de Atendimento às

Urgências e Emergências (SAMU) está presente nos municípios participantes, sendo que, em um deles, está localizada uma Central de Regulação e, nos demais, há bases implantadas e disponibilização de ambulâncias que realizam o atendimento da população.

A busca pela informação sobre a disponibilidade do RAG foi realizada pelo acesso *on-line* ao Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão³ (SARG-SUS), veiculado pelo *site* www.saude.gov.br/sargsus, em maio de 2012. Os gestores dos dez municípios selecionados a partir deste critério foram convidados a participar e responder um questionário. Entretanto, diante das dificuldades quanto ao retorno destes em participarem e considerando o tempo previsto para a conclusão deste estudo, foram analisados três relatórios (RAG1, RAG2 e RAG3) e dois questionários (G1 e G2).

A realização desta pesquisa foi ancorada em duas técnicas para a produção dos dados, a citar: a análise documental (a partir dos relatórios de gestão disponibilizados) e o questionário (respondido pelos gestores municipais).^{6,7}

A técnica de análise de conteúdo foi utilizada para o desenvolvimento deste estudo, para tanto foram seguidas as três etapas indicadas por Bardin,⁷ ou seja, a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação propriamente dita. Na etapa de pré-análise, realizou-se a leitura exaustiva dos RAGs e dos dados obtidos a partir dos questionários. Por meio da exploração do material, elaborou-se um quadro matriz em que foram destacados os trechos para a identificação das seguintes categorias de análise do estudo: estrutura, apresentação e elaboração do RAG (para o quê e para quem?); relatório de gestão como instrumento de análise e avaliação do sistema municipal de saúde; gestão e financiamento no sistema municipal de saúde (o relatório de gestão e o acompanhamento orçamentário financeiro). A partir da identificação das categorias de análise, procedeu-se ao tratamento e à interpretação dos dados.

Este estudo foi aprovado sob o protocolo 163/2011 (CCAEE 0170.0.059.000-11), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

ESTRUTURA, APRESENTAÇÃO E ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO: PARA O QUÊ E PARA QUEM?

Em distintos trechos dos relatórios analisados, identificou-se que os mesmos utilizam as ações de saúde desenvolvidas no âmbito municipal como o cerne para a estruturação e a elaboração do planejamento em saúde, como destacado no trecho do RAG 2: “[...] Cabe,

portanto, ao relatório de gestão apresentar o monitoramento das ações de saúde enfatizadas nos módulos operacionais firmadas no PMS [...]”. Tais ações são definidas pelo Manual de Planejamento do SUS como medidas ou iniciativas concretas a serem desenvolvidas e que deverão contribuir para o alcance dos objetivos e das metas propostas no PMS.⁸

O processo de construção dos RAGs requer a utilização de planilhas cujo conteúdo seja explicitado em quantitativos numéricos e de posterior análise qualitativa de tais dados, a fim de refletir as ações de saúde desenvolvidas no sistema municipal de saúde no ano, sendo, portanto, necessário estabelecer uma correlação entre as metas, as ações de saúde realizadas, os resultados alcançados e os recursos disponíveis.

O RAG 2 apresentou que “[...] sua construção foi elaborada no formato de planilhas, no sentido de oportunizar aos conselheiros de saúde uma avaliação do grau de cumprimento das ações bem como as dificuldades descritas no PMS 2010-2013”. Assim, apontou a necessidade do uso de planilhas pela sua forma de apresentação como meio facilitador para a compreensão e avaliação dos dados e por considerar que este é um instrumento que deve ser apreciado pelos conselheiros e disponibilizado ao público após sua aprovação.

Por ser um dos principais instrumentos de gestão, o RAG permite aos interlocutores do SUS, principalmente a sociedade, avaliar a atuação do gestor quanto ao cumprimento do planejamento proposto. Sendo este instrumento elaborado conforme orientações contidas nas portarias, representa um grande avanço para a governança da saúde. No entanto, a maioria dos municípios ainda não reconheceu a importância da utilização do RAG como subsídio para o planejamento em saúde.⁹

Considerando o relevante papel do controle social na discussão, apreciação e aprovação do RAG, cabem os seguintes questionamentos: será que, nas reuniões dos conselhos, há uma apreciação com ampla discussão dos instrumentos de gestão ou esta etapa não passa de mais um cumprimento legal sem, de fato, gestão participativa e dinâmica social; os conselheiros de saúde são devidamente capacitados e preparados para desempenharem esta função?

Os conselhos de saúde, enquanto espaços de participação da sociedade civil e gestores, são locais aonde o interesse público pode ser construído. “O planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, historicamente, têm se organizado de forma centralizada, fragmentada e imposta de cima para baixo”.¹⁰ A institucionalização dos conselhos gerou muitas expectativas no sentido da probabilidade de gestão democrática dessas políticas. “Os conselhos representam uma inovação, na medida em que as políticas de saúde passam a ser discutidas

publicamente e podem incluir as demandas dos usuários do SUS, com possibilidade de construir uma relação democrática entre Estado e sociedade civil”.¹¹

O processo de construção e elaboração de um instrumento de gestão requer o envolvimento e a participação de toda a equipe, profissionais e gerentes dos serviços e deve ocorrer de forma articulada, integrada e participativa, com adaptação à realidade local de cada município, além da adaptação e aplicação das metodologias, processos e instrumentos pactuados na esfera do Sistema de Planejamento do SUS.⁸ Para os sujeitos incluídos neste estudo, o processo de construção do RAG deve constituir-se em uma prática participativa, e acrescentam que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão competente para atuação e efetivação “durante todo o processo de elaboração” (G1).

Deste modo, para que haja uma participação efetiva do conselho municipal no processo de elaboração do RAG, o conselheiro deve ter consciência de seu papel representativo enquanto ator social envolvido no processo de decisão, excluindo sua visão fragmentária, reivindicativa e setorializada, entendendo que ele não representa seus interesses individuais, mas sim de uma coletividade.¹²

Dentre os trechos retirados dos questionários, os mesmos apontaram os principais avanços e dificuldades no processo de elaboração do RAG, sendo estes de natureza diversificada. Sobre isso, G2 destaca alguns avanços: “[...] a elaboração anual do RAG; construção conjunta pela equipe; a construção do RAG tem possibilitado a equipe avaliar os avanços e desafios na implementação e execução das políticas elaboradas”.

O gestor apontou a elaboração anual do RAG como um avanço, haja vista que existem municípios que não cumprem o prazo de entrega ou não possuem o RAG aprovado pelo CMS, descumprindo, assim, o que está determinado nas portarias. Ainda neste trecho, o sujeito do estudo destaca a elaboração do RAG enquanto prática participativa como um avanço no processo de planejamento.

Um exemplo recente de avanço no sistema de planejamento e gestão no SUS é o SARG-SUS, que tem como principal objetivo:

fornecer aos gestores municipais e estaduais uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde, a partir de uma base de dados com as informações que servirão de fonte para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.¹³

Uma das dificuldades citadas por G2 refere-se ao tempo, enquanto recurso insuficiente e limitado, “o mais escasso dos recursos escassos, sendo esta uma contradição, pois, na realidade, o tempo é escasso porque é esgotável em relação ao propósito de um ator, e é esgotável porque é irreversível”.² Alguns atores, ou seja, os gestores, salvo

algumas exceções, aproveitam o recurso do tempo, sendo que, na maioria das vezes, estes desperdiçam as oportunidades.

Em um sentido mais amplo, Matus,² traz a noção de planejamento e tempo associado à estratégia, defendendo que um princípio básico da estratégia é não perder nunca o controle do tempo. A justificativa para este fato é que o tempo é um recurso escasso e quando é consumido, este não pode ser repetido, fazendo com que, por vezes, oportunidades de ação sejam perdidas, já que a oportunidade é esgotável e irreversível. Apesar disso, Matus² retoma a discussão e sinaliza que esta escassez de tempo não é absoluta, uma vez que o futuro é ilimitado e essa ideia é relativa a um ator, ao seu propósito e à situação em que deve atuar para alcançá-lo.

Comumente, o tempo não é valorizado quando está disponível, por meio da ideia obtida de que “há muito tempo pela frente”, porém ele transcorre de forma constante, sem pausas. Portanto, o planejamento em saúde deve ser incorporado no cotidiano das práticas e ações gestoras, de modo que o uso e controle do tempo tornam-se fundamental para a eficácia de governo.¹²

O gestor em saúde deve desencadear e acompanhar os processos de trabalho referentes às ações de expansão e melhoria dos serviços a partir do planejamento e programação,¹⁴ como explicitado na fala de G1: “Enquanto gestor participo na coordenação e interlocução do processo garantindo que os prazos sejam cumpridos e na revisão geral do relatório, sem interferir na autonomia de todo o processo para que seja o mais transparente possível”. No entanto, contrário à realidade apresentada nos municípios cujos relatórios foram analisados, o fragmento aponta que a elaboração do RAG consiste em um mero cumprimento de determinação legal, dentro da lógica financeira, apenas na finalidade de auditoria, realizada de forma fragmentada, deixando escapar o momento de reunir equipe técnica para realizar ampla discussão das ações programadas e executadas.⁹

RELATÓRIO DE GESTÃO COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A partir da análise do conteúdo dos RAGs, foi possível perceber distintos formatos com abordagem diferenciada em sua apresentação e sistematização, foram identificadas projeções mais simples e formas com abordagem e conceituação mais amplas do processo de planejamento e gestão na esfera municipal. No que tange à utilização do RAG na sistematização e abordagem dos aspectos qualitativos e quantitativos, estes se distinguem de modo que os aspectos quantitativos deste instrumento permitem revelar os “objetivos”,

as metas que desejam ser alcançadas em números e indicadores, enquanto a qualitativa aprofunda sua compreensão.

Conforme apresentado na portaria 332.214, de 28 de dezembro de 2006, os RAGs devem contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, uma vez que estes devem ser insumos básicos para a avaliação dos outros instrumentos de gestão.

Nos RAG 1 e RAG 2 foi enfatizado o uso de tabelas e gráficos e, portanto, a valorização de dados quantitativos, trazendo pouca análise na perspectiva qualitativa. Entretanto, tais relatórios analisados apresentam, na estrutura de seus textos, uma ordem cronológica e linguagem clara, facilitando o entendimento das peculiaridades de cada município durante a leitura dos mesmos. Faz-se necessário que os instrumentos de gestão, sobretudo os instrumentos anuais como o RAG, apresentem como requisitos clareza e objetividade em sua escrita, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática.⁸

O indivíduo que elabora o planejamento deve ter habilidade para realizar o plano de um processo de transformação para alcançar os objetivos e as metas que deseja, de modo que deve possuir conhecimento teórico e experiência necessária para desenvolver as ações e programar estratégias. Portanto, o planejamento pode ser entendido como uma forma ordenada que possibilita a programação de estratégias e ações de modo a tornar possível o alcance dos objetivos e das metas.¹⁵

Diante do apresentado, é feito o seguinte questionamento: será que os gestores fazem uso destes para avaliação das ações desenvolvidas e metas alcançadas na área da saúde ou, simplesmente, é um mero cumprimento de exigência legal?

O planejamento deve contribuir na formação de um novo perfil de gerência dos serviços de saúde, estabelecido em bases epidemiológicas e no diagnóstico das necessidades de saúde, a ser utilizado como instrumento determinante para a destinação dos recursos técnicos e financeiros.³ Nesta perspectiva, planejar em saúde, então, é um processo construído a partir das necessidades socialmente apresentadas. O sujeito social deve ser dotado de instrumentos úteis à sua intervenção, ou seja, de armas para enfrentar os problemas historicamente constituídos, tais como planos, programas, projetos, relatórios que o ajudem no cumprimento dos trâmites legais e normativos.

Alguns autores versam sobre a fragilidade, por parte dos gestores, em relação à utilização dos instrumentos de gestão para o desenvolvimento, planejamento e avaliação em saúde. Neste sentido, os gestores não destacam a importância da utilização dos instrumentos de gestão, que se constituem apenas como atos normativos para o cumprimento

de requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.¹⁶ Da mesma forma, o RAG, como instrumento implantado por iniciativa do Ministério da Saúde para subsidiar a avaliação das ações propostas no PMS, não foi elaborado com este fim, e sua estrutura e conteúdo são constituídos, na maioria das vezes, de informações frágeis com defasagem.

Ainda nesta perspectiva, o gestor vem utilizando o RAG de maneira incipiente, pois não tem explorado todas as potencialidades deste importante instrumento de gestão que proporciona a avaliação e reorientação das práticas de saúde planejadas.⁹ No entanto, não há como afirmar que todos os gestores municipais não o utilizam como instrumento auxiliar de planejamento e avaliação, mas pressupomos que o fazem parcialmente.

Frente ao desafio de garantir o direito à saúde e o atendimento às necessidades da população, torna-se relevante a realização da análise de situação de saúde, que pode e deve ser usada para construção dos instrumentos de gestão e proposição das metas para melhoria da saúde. A utilização e análise dos indicadores em saúde foram utilizadas para a metodologia de construção de dois RAGs. No RAG 2, “[...] foi utilizada uma metodologia com análise dos indicadores e da situação de saúde em geral sobre o termo de compromisso de gestão [...]”. Para realizar a análise da situação de saúde, “é fundamental a construção de indicadores que permitem uma melhor compreensão das diferenças nos modos de se ter saúde e receber cuidados”.¹⁷

Sobre os problemas apontados nos RAGs, é possível afirmar que fazem parte do cotidiano de trabalho na atenção à saúde, sendo as metas apresentadas com o intuito de solucioná-los. O RAG 1 demonstrou metas para curto e médio prazo, já o RAG 3 não as explicitou. O RAG 2 indicou metas para curto prazo, de forma peculiar, sendo o único relatório que apresentou as causas que dificultaram o alcance das metas, como podemos observar:

Na descrição dos resultados, ao final, são apresentados os obstáculos [...]. A faixa etária prioritária se mostra resistente para este tipo de imunização, o que dificulta o alcance das metas [...]. No decorrer da descrição apresenta outras dificuldades como, por exemplo, assistência farmacêutica, pactuação, regulação.

Deste modo, questiona-se: será que, durante o processo de construção do planejamento e elaboração dos instrumentos de gestão, são levadas em consideração as viabilidades política e financeira para a materialização das metas a fim de se alcançarem os objetivos?

Para o cumprimento das metas, pressupõe-se o uso de estratégias pelos municípios, as quais são usadas para construir a viabilidade política, pois são por meio delas que o ator/governante procura empregar tais informações para raciocinar as prováveis decisões e ações mais adequadas. Embora o estabelecimento das estratégias apresente uma

dimensão normativa, referente a uma norma ou um objetivo que “deve ser cumprido e que foi fixado por diferenciação entre o necessário e a realidade, dentro do razoavelmente possível”², as estratégias fixam objetivos necessários e elaboram linhas de ações ou iniciativas relevantes que indicam como os propósitos serão alcançados.

Os objetivos, como propostas gerais, devem se traduzir em metas necessárias para o alcance dos mesmos. Deste modo, é necessário que eles sejam definidos, constituindo a imagem-objetivo, que deve apresentar três características marcantes, ou seja: a eficácia, a coerência e a possibilidade. Portanto, na consolidação da imagem-objetivo, torna-se fundamental responder aos problemas do presente e aos possíveis problemas do futuro, que o cumprimento de um objetivo não impossibilite a execução de outro e além de tudo deve respeitar as restrições econômicas, estando dentro do espaço da força social que decide sobre o plano, simultaneamente. Assim, “o encadeamento de operações táticas constrói a viabilidade da estratégia”, cujo uso ou aplicação para a mudança situacional visa alcançar a situação-objetivo.²

GESTÃO E FINANCIAMENTO NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: O RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO E O ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO FINANCEIRO

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha consagrado o financiamento do SUS, de forma direta ou indireta, por meio de receitas públicas oriundas de tributos das três esferas de Governo, este tem sido para os gestores um dos maiores desafios do processo de implementação do sistema público de saúde. Dentre os problemas permanentes do financiamento, destacam-se a escassez dos recursos, “a participação das três esferas de governo, a capacidade de autofinanciamento das esferas estaduais e municipais, a descentralização e as desigualdades regionais”.¹⁸

A programação dos recursos financeiros é necessária e relevante para a execução das ações e dos serviços de saúde em consonância com a receita arrecadada, ou seja, por meio dos instrumentos de gestão, em especial o RAG, devem ser apresentadas as despesas, os investimentos e as receitas.¹⁹ Desse modo, o planejamento municipal de saúde deve ser realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, de modo que: “é através dele que ocorre a definição das despesas de custeio e capital, na conjuntura global dos demais órgãos da administração”. Desta forma, o financiamento e o planejamento em saúde devem andar em via de mão única, contemplando o conjunto de metas e objetivos estabelecido para orientar a alocação dos recursos necessários.¹⁹

Nesta perspectiva, o RAG, como documento e instrumento básico do planejamento em saúde, deve permitir igualmente a verificação da aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, como mostrado nos trechos retirados dos RAGs 2 e 1, respectivamente: “[...] são apresentados quadros sintéticos e gráficos com percentual do demonstrativo do orçamento, tais como: receitas de impostos [...], despesa total com ações e serviços públicos de saúde [...]” e “[...] demonstrativo das receitas dos blocos de financiamento; transferência municipal; despesa por serviço e prestador; transferências da Prefeitura Municipal; planilhas com folhas de pagamento dos anos de 2009 e 2010”.

Portanto, o RAG, como instrumento privilegiado para a sistematização e divulgação das informações sobre os resultados obtidos e instrumento de prestação de contas, contribui para o fortalecimento do planejamento em saúde e para uma maior transparência financeira. Nesta perspectiva, como instrumento de prestação de contas, ele exhibe os resultados alcançados, estabelece a correlação entre as metas, bem como a comprovação de onde foram aplicados os recursos repassados dos Fundos de Saúde das três esferas de gestão.²⁰ Este objeto deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada.⁹ Por outro lado, muitas informações contidas no Relatório de Gestão são escassas, restringindo-se apenas a mencionar a sua função enquanto instrumento de prestação de contas e fiscalização financeira.²¹

O RAG 3 analisado não apresenta a prestação de contas como parte do relatório, o que pode ser justificado pela não disponibilidade do instrumento em sua totalidade ou pela possível fragilidade na sua construção. Tal achado nos faz refletir sobre a participação efetiva do CMS sobre o processo de gestão. Enquanto órgão deliberativo, ele é responsável pelo controle e execução financeira, que deve propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária, acompanhando a movimentação e a destinação dos recursos. Além disso, os conselhos são apontados como expressões de uma reforma que introduz inovações na relação entre o Estado e a sociedade e nas políticas de saúde, sendo reconhecida sua importância na luta pelo direito à saúde, bem como seu condicionamento à realidade institucional e à cultura política municipal.²²

Os demonstrativos orçamentários financeiros constituem materiais fundamentais para o acompanhamento e a fiscalização que deve ser realizada pelos conselheiros, entretanto este processo enfrenta dificuldades como demora no repasse das informações ou o não repasse destas. Há também que se destacar o despreparo por parte dos conselheiros para a interpretação dos dados, além da falta de compromisso com as suas responsabilidades.²³

Faz-se alusão à necessidade de capacitação, à ausência dos gestores e dos profissionais de saúde nos conselhos, ao caráter reivindicativo voltado para as demandas, às possíveis consequências da restrição do movimento popular aos espaços institucionalizados e à pertinência de se retomarem as experiências de democracia direta.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso restrito aos relatórios de gestão, bem como a não apreciação destes pelo CMS foram as primeiras constatações deste estudo, que trouxe o questionamento e a reflexão sobre os motivos que levam os gestores a não disponibilizarem tal instrumento fundamental para o processo de decisão, que deveria ser compartilhado entre gestores, profissionais e usuários. Também foi colocado em questão o não cumprimento das atribuições e funções dos conselheiros no controle e na fiscalização das políticas de saúde e nas decisões para o planejamento e gestão em saúde.

Desse modo, a dificuldade do acesso aos relatórios constituiu-se um fator limitante para a análise do processo de construção e elaboração dos RAG dos municípios de uma região de saúde, como se pretendia ao início deste estudo. Por outro lado, este fato permitiu trazer à baila algumas reflexões e questionamentos a partir dos relatórios e questionários analisados e das leituras feitas sobre tal referencial.

Diante das especificidades existentes na gestão, constata-se a dificuldade de alguns municípios em adotar o RAG como um importante instrumento de gestão e planejamento das ações, já que sua construção trata-se de um processo contínuo e incessante. Isso permite destacar que existem arestas a serem aparadas no que diz respeito ao planejamento em saúde, principalmente no aprimoramento das técnicas e práticas do planejamento, fazendo-se necessário que os gestores, conselheiros e outros atores organizem e administrem seu tempo, repensem sua atuação e revejam suas práticas, tornando-as institucionalizadas e sistemáticas.

Este estudo evidenciou a importância da produção de informações para a elaboração do Relatório de Gestão; entretanto, há que se resgatar a ênfase na análise qualitativa dos dados apresentados que ajudarão no processo da tomada de decisão para a gestão e o planejamento em saúde.

Pode-se concluir que a atuação dos conselheiros ainda se faz de forma tímida e incipiente em muitos municípios brasileiros, sendo necessária a adoção da Política de Educação Permanente em Saúde pelos municípios e que se inclua como prioridade a questão da participação e do controle social.

Assim, sugerem-se algumas questões que merecem ser respondidas a partir de outras realidades que poderão ser investigadas: como os municípios avaliam as ações, aplicam estes instrumentos e aprimoram o processo de planejamento? Como os gestores direcionam as práticas de planejamento e seguem as recomendações que estão ou deveriam constar em tais relatórios? Como os conselheiros têm atuado no controle e na fiscalização das ações e no processo da tomada de decisão sobre a gestão municipal da saúde?

Para uma nova investigação também fica o questionamento sobre as contribuições reais do SARG-SUS para o processo de planejamento e gestão no âmbito dos municípios. Por fim, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade da realização de pesquisas que discutam acerca do aprimoramento das práticas e especialmente sobre o uso e a aplicabilidade dos instrumentos de gestão, de modo que os gestores, em parceria com a universidade e com demais atores, poderão contribuir juntos para o melhor desenvolvimento e efetivação do sistema de planejamento em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Jesus WLA. Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: Desafios teóricos e busca de novos caminhos [Dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.
2. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993. 2v.
3. Lana FCF, Gomes ELR. Reflexões sobre o planejamento em saúde e o processo da reforma sanitária brasileira. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1996;4(1):97-110.
4. Lima HO. Alinhamento dos Instrumentos de Planejamento do SUS com outros instrumentos de gestão. II Congresso Consad de Gestão Pública: Inovações no Sistema de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), [20-?]. Extraído de [<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000046.pdf>], acesso em [24 de setembro de 2011].
5. Anunciação FC, Souza MKB. Planejamento em Saúde: percepções e entendimentos sobre o Plano Municipal de Saúde. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(4):845-58.
6. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – Organização e funcionamento/Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 104 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.
9. Cunha JCCB, Santos R, Sakae TM. Relatório de Gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos Sistemas de Saúde? *Arq Catarinenses Med.* 2006;5(2):68-71. Extraído de [<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/371.pdf>], acesso em [23 de abril de 2012].
10. Machado JA, Lucas SD. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. *Cienc Saúde Coletiva.* 2014;18(8):2401-11.
11. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2455-64.
12. Cotta RMM, Cazal MM, Martins PC. Conselho Municipal de Saúde: (re) pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2437-45.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão do SUS: Manual do Usuário, Versão 1.0. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
14. Souza LEPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Cienc Saúde Coletiva.* 2009;14(3):911-8.
15. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. v. 2. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 1998. Série Saúde & Cidadania.
16. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, Tanaka OY, Ramos FM, Santana MCC, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012;17(4):873-82.
17. Silva JPV, Batistella C, Gomes ML. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 2012.
18. Porto SM. Comentário: avanços e problemas no financiamento da saúde pública no Brasil (1967–2006). *Rev Saúde Pública.* 2006;40(4):576-8.
19. Vieira FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Cienc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):1565-77.

20. Thiele AB. Relatório Anual de Gestão: um modelo para o planejamento em saúde [Trabalho de Conclusão de Curso] Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
21. Farias SM, Beck CLC, Colomé CM. Enfermagem e Planejamento em Saúde: relatório de gestão como instrumento. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):500-3.
22. Cavalcanti MLT, Cabral MHP, Antunes LR. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. Cienc Saúde Coletiva. 2012;7(17):1813-23.
23. Leite VR, Lima KC, Vasconcelos CM. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. Cienc Saúde Coletiva. 2012;17(7):1849-56.

Recebido em 27.03.2013 e aprovado em 12.05.2014.