

# **"KIT SAÚDE-SUS"**

**DICAS TÉCNICAS E HUMANAS  
SOBRE SAÚDE PÚBLICA  
PARA  
PREFEITOS E  
SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE  
SAÚDE**

*Gilson Carvalho*

**CONTEÚDO:**

**I - NOVOS GOVERNOS MUNICIPAIS E PROPOSTAS DE SAÚDE -  
PAG. 3**

**II - PERFIL DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE - PAG. 9**

**III - INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA SAÚDE PARA A  
TRANSIÇÃO DOS GOVERNOS MUNICIPAIS - PAG. 18**

**IV - PLANEJAMENTO SIMPLIFICADO, ASCENDENTE E  
PARTICIPATIVO - PAG. 29**

**V- AGENDA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA 2013  
- PAG. 32**

**GILSON CARVALHO**

Médico Pediatra e de Saúde Pública

Médico aposentado da Prefeitura Municipal de São José dos Campos

Ex-Pesquisador em RH do MEC

Ex-Diretor de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - Vale

Ex-Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos

Ex-Secretário Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

Atualmente: consultor, analista e palestrante.

## I - NOVOS GOVERNOS MUNICIPAIS E PROPOSTAS DE SAÚDE

### **Gilson Carvalho**

Mais uma vez estamos colhendo os primeiros frutos das eleições municipais. A cada dia testando a capacidade do cidadão de aprimorar suas escolhas com clareza e chance de acerto. Em mais um período de transição entre governos novos ou reeleitos, minha proposta é levantar algumas questões da área de saúde para serem discutidas neste período prévio às posses e no de início de governo.

Felizmente, a Constituição Federal de 1988, mudou o status de nós pessoas, de, apenas pedintes da caridade alheia, agora transformados em cidadãos portadores de direito à saúde. Garantiu-se a todos o Direito à Saúde como Dever do Estado. Foi criado o Sistema Único de Saúde que eleva a saúde à condição de direito universal de cada cidadão. O SUS tem como objetivo: identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; planejar para modificá-los, diminuindo o risco de agravos à saúde; realizar ações e serviços no campo da promoção da saúde (trabalhar com as causas das doenças), da proteção da saúde (trabalhar com os riscos de adoecer) e recuperação (trabalhar com as pessoas já adoecidas). Este SUS tem que ser para todos (universalidade) e garantir o tudo em saúde (integralidade) e com igualdade qualificada com a justiça (equidade). É uma obrigação das três esferas de governo e não apenas dos Municípios. União, Estados e Municípios devem cuidar da saúde com igual responsabilidade e com participação financeira trilateral. Os Municípios devem colocar, em saúde, no mínimo 15% de seus impostos, os arrecadados e aqueles de transferências Federal (FPM-ITR) e Estadual (ICMS-IPVA).

Qual a responsabilidade em saúde é de competência municipal? Pela CF os Municípios podem fazer todas as ações de saúde. Entretanto, é claro que este limite da possibilidade, está ligado à capacidade do município que depende se seu porte, de sua receita etc. Sendo responsabilidade das três esferas de governo deve existir um documento de compromisso entre, União, Estados e Municípios hoje denominado de COAPS - Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde.

Os princípios organizativos do SUS: descentralização com rede de ações e serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, de complexidade crescente.

## **DIAGNOSTICAR E PLANEJAR SAÚDE JUNTO COM OS CIDADÃOS**

O que penso para os municípios para este e outros governos que virão? Sugiro alguns passos que tenho por hábito indicar em minhas conferências e consultorias. Primeiro, fazer um bom diagnóstico dos problemas de saúde enfrentados pela população do município. Este processo deve ser permanente e mais intensivo em época de elaboração dos planos de governo municipal previstos para o próximo ano. Uma pesquisa simples e ampla com apenas três perguntas: 1) quais os maiores problemas de saúde da população; 2) a que causas podem ser atribuídos estes problemas; 3) quais propostas para resolver estas causas e problemas? Estas três perguntas devem ser feitas a toda a sociedade a começar pelas escolas propondo como tarefa às crianças para trazerem a resposta de casa; ONGs, Associações, Clubes de Serviço, Maçonaria, Igrejas (todas denominações), Pastorais, Partidos Políticos, Associações de moradores de Bairro, Clubes, Sindicatos patronais e de trabalhadores, Associação Comercial e Industrial etc. Juntar o máximo de opiniões e sugestões para ajudar a fazer o planejamento de saúde ideal para cada cidade.

Como profissional de saúde há já cinco décadas e com 4 décadas de médico e tendo vivenciado a questão de saúde nas três esferas de governo, como profissional e gestor, tenho algumas sugestões a dar.

## **CUMPRIR A LEGISLAÇÃO DO SUS**

O SUS é o maior Sistema de Saúde do Mundo e tem feito muito pelos cidadãos brasileiros nestes mais de 20 anos de existência constitucional. Só quem viveu antes do SUS sabe por quantas passou o brasileiro à cata da caridade e filantropia. Sabemos, entretanto, que existem sérios e vários problemas que precisam ser resolvidos. Em síntese podem ser classificados em problemas de insuficiência e de ineficiência. Existe insuficiência de dinheiro determinante de uma série de outras. Mas existem também problemas de ineficiência levando ao mau uso e uso errado dos poucos recursos existentes. Neste particular, entre os princípios do SUS está a obrigatoriedade da Participação da Comunidade na Saúde através do Conselho e da Conferência de Saúde que devem decidir o que a administração municipal deve fazer. Nada pode ser feito na saúde pública que não esteja no orçamento. Nada pode ir ao orçamento que não esteja no Plano de Saúde e nada pode ir ao Plano, sem a aprovação do Conselho de Saúde. Minha preocupação é sobre o papel que vem desempenhando o este Conselho Municipal de Saúde em cada município em que é obrigatório existir.

Realmente ele é representativo da sociedade? Reúne-se periodicamente? Ajuda e aprova o plano de saúde e o relatório de gestão? Acompanha e fiscaliza (preceito constitucional) o Fundo Municipal de Saúde onde deve estar todo o dinheiro da saúde?

## INVESTIR NO TRABALHADOR DE SAÚDE

Tenho reafirmado que o "PONTO G DA SAÚDE É A GENTE DA SAÚDE". Só conseguiremos fazer uma revolução na saúde se investirmos nos trabalhadores da saúde. Nenhum outro investimento será capaz de mudar a saúde para melhor. Melhores prédios e equipamentos, mais remédios e mais exames só são capazes de impactar a saúde se bem utilizados por gente preparada técnica e humanamente, comprometida com a sociedade e assistida em condições de trabalho, salário e educação permanente.

Tenho defendido a aplicação, em todos os serviços de saúde, públicos e privados, da "LEI DO PONTO G DA SAÚDE OU A LEI DOS CINCO Gs EM SAÚDE": 1) PRIMEIRO G de GENTE com preparo técnico, capacitada a desenvolver as funções nas quais se habilitou; 2) SEGUNDO G de GENTE com preparo humano para cuidar bem das pessoas na relação interpessoal; 3) TERCEIRO G de GENTE comprometida com a sociedade na responsabilidade social que todos seres humanos e cidadãos temos que ter uns com os outros; 4) QUARTO G de GENTE cuidada pelo empregador com condições dignas e humanas de trabalho e salário; 5) QUINTO G de GENTE cuidada pelo empregador com oportunidade garantida de educação permanente.

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A maior ferramenta para melhorar a saúde é a Educação. Educação para a vida de todos nas escolas e nos vários espaços da sociedade. Criei, para facilitar a memorização, a "LEI DOS 5 Es", como ferramenta para melhorar as condições de saúde da população. "**Educação** de administradores e políticos, **Educação** de prestadores de serviços de saúde, **Educação** dos profissionais de saúde, **Educação** dos cidadãos usuários, **Educação** do Ministério Público, do Judiciário, da Mídia etc.." Temos que fazer uma revolução na educação brasileira muita mais ampla do que apenas na saúde. Aqui, o foco na ligação entre educação e saúde. É o trabalho conjunto da intersetorialidade, prevista nos princípios do SUS. Discutir cidadania e saúde em todos os ambientes e principalmente nas Escolas. Conhecimentos do corpo, das doenças e dos meios de promoção e proteção à saúde. O único meio efetivo de enfrentar determinados problemas de saúde é através da

consciência e atitude individual e coletiva: alimentação correta, exercícios físicos, sexualidade, educação para o combate ao dengue, DST-AIDS, alcoolismo e fumo e uso indevido de outras drogas, gravidez indesejada (inclusive na adolescência), cárie dentária, prevenção de acidentes do trânsito, do trabalho etc.

## **INVESTIMENTO EM "PRIMEIROS CUIDADOS COM SAÚDE"**

Os municípios precisam dar destaque aos primeiros cuidados de saúde, a atenção primeira, primária ou básica em saúde que pode mesmo ter o nome de PSF - Programa de Saúde da Família. Investir nestes cuidados primeiros: promoção da saúde, proteção da saúde e recuperação da saúde. Educação, vacinação, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças, pré-natal, acompanhamento de hipertensos, diabéticos e de outras doenças crônicas, atendimento aos problemas agudos de febre, dor, cansaço, machucados. O primeiro contato nos bairros, nas casas das pessoas relacionando meio e saúde, trabalhando a intersetorialidade. Perto delas. Todos os municípios que investiram em cuidados primeiros de saúde, como com o PSF, tiveram evidente melhora na saúde de sua população. Os municípios têm que priorizar os primeiros cuidados com saúde (PSF ou similar), de preferência readequando suas Unidades Básicas de Saúde, na filosofia e principalmente na prática. Os primeiros cuidados devem ser focados na integralidade da atenção em seus três componentes: ações de promoção da saúde (mexer com as causas do adoecer), de proteção da saúde (mexer com os riscos de adoecer) e de recuperação da saúde (tratar dos agravos e doenças já instalados).

Destaco a necessidade desta integralidade mexer com as CINCO ZONAS CINZENTAS DA SAÚDE: 1) alimentação; 2) exercícios físicos; 3) sexualidade; 4) saúde mental, incluindo uso indevido de álcool, drogas, fumo; 5) envelhecimento e morte. Chamo estas zonas de cinzentas dada a dificuldade e negação histórica dos serviços de saúde se envolverem de forma integral, comprometido com estas áreas. São nebulosas, cinzentas mesmo e quase se tornam tabu na saúde. Somos mal preparados para entendê-las e menos ainda para abordá-las e fazer a intervenção. Aqui temos que trabalhar sem a arrogância de donos da resposta pois, são situações onde a resposta tem que ser multisetorial e multiprofissional. Tem-se que definir competências e responsabilidades para que todos possamos trabalhar a intersetorialidade do saber e ação da educação, cultura, lazer, esporte etc. etc.

Finalmente os primeiros cuidados com saúde têm que ser organizados de maneira a garantir o atendimento integral e permanente. O programático

agendado e o emergencial demandado. Não se pode pensar em cuidados primeiros sem dar conta da resposta aos problemas emergentes de saúde dentro do programa de atenção básica ou associado na referência nos horários em que as unidades básicas (PSF ou outras) não estiverem em funcionamento. O Pronto Atendimento às necessidades emergentes não pode continuar como mais uma nebulosa da saúde. Todos sabem que ela existe, que é importante e ninguém busca a resposta. Na Atenção Básica dizendo-se que não se dá conta e tem-se que cuidar dos agendados e dos programas. Na urgência/emergência fazendo-se um atendimento muitas vezes precário e sempre criticando os pacientes que "deveriam ter ido às unidades básicas" ou fazendo insinuação maldosa de incompetência ou descompromisso do pessoal das Unidades Básicas que "não atenderiam ninguém nem resolveriam nada". Este é mais um dos nós para o qual temos que buscar resposta.

### **ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

Não basta fazer os primeiros cuidados de saúde. É necessário ter os demais serviços de referência. O pronto atendimento do pronto socorro, a internação nos problemas simples e de maior complexidade, consultas especializadas, exames e terapias. Identificar em quê, o município é auto suficiente. Primeiros cuidados, pequenas emergências, algumas especialidades, internações clínicas e cirúrgicas de pequena e média complexidade? Serviços especializados ambulatoriais e hospitalares? Que cuidados só podem ser garantidos na referência de outras cidades segundo o planejamento regional feito junto com ou outros municípios e a Secretaria Estadual de Saúde - COAPS? Tudo tem que ser visto e garantido. Tanto o atendimento local como o referenciado, incluindo o transporte. Será que esta integralidade está acontecendo dentro e fora do município?

Tem que haver uma integração efetiva e profunda entre Prefeitura e Instituições de Saúde, preferencialmente as filantrópicas, para que seja viabilizada a atenção integral à saúde dos munícipes, todas as vezes que os serviços públicos não forem suficientes. Tem-se que integrar o serviço público com o setor privado. Este, completando o público como previsto na Constituição Federal. Garantir que os cidadãos de nosso município, quando encaminhados a outros serviços e outras cidades tenham tratamento digno e humano: transporte, tempo de espera, idas e vindas etc. Tem-se que aproveitar os recursos de saúde locais instalados em cada município. Valorizar os profissionais com residência na cidade para que aí permaneçam.

### **GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tenho convicção que é necessário e urgente melhorar a gestão de saúde pública e privada. A primeira condição é praticar sempre os princípios

administrativos da gestão pública, que, segundo a CF, deve estar alicerçada em: publicidade (caráter público), eficiência, moralidade, legalidade e impessoalidade. A eficiência é um dos nós críticos da administração. Uma das saídas passa pela informação/informática. Informatizar o setor saúde para melhorar a eficiência produzindo e circulando informações essenciais à gestão. Informações de saúde (dados de usuários, doenças prevalentes, riscos de agravos etc.); atividades administrativas: planejamento, recursos humanos, finanças, transporte, compra e armazenagem de material e medicamentos etc. . Melhorar a gestão de pessoal com contratos legais, sem precarização ou terceirização ilegal. Com educação permanente, sem desvio de funções, com garantias de salários e condições de trabalho e com cobrança de cumprimento contratual de horário e produção. Compromisso dos trabalhadores quanto ao saber técnico, de relação humana e de compromisso com a sociedade. Melhorar o atendimento nas unidades de saúde com humanização e respeito ao cidadão usuário no tempo mínimo de atendimento às pessoas e na qualidade da atenção. Melhorar a apresentação dos serviços de saúde tanto aquelas do prédio como de móveis e equipamentos que devem estar funcionando bem. Não fazer, nem permitir nenhuma cobrança, total ou complementar, por fora, nem de atendimento de consulta, nem de exames, nem de raio x, por ser totalmente inconstitucional.

## **MUDAR OS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE ATRAVÉS DO DESENVOLVIMENTO DO MUNICÍPIO**

Identificar as janelas de oportunidade abertas em cada tempo e lugar municipal. Desenvolver, sustentavelmente, representa garantir emprego e renda para as pessoas de uma comunidade para que possam ter acesso aos bens imprescindíveis como alimento, casa, vestuário, lazer, educação, cultura, meio ambiente, saneamento colocados na CF e na Lei de Saúde como condicionantes e determinantes da saúde. De outro lado temos que continuar com capacidade de proteger os mais frágeis socialmente como os idosos, os portadores de deficiência, as crianças e mães e os mais pobres, ainda que lutando para que superem seu estado de pobreza.

Se cada cidade melhorar as condições gerais de seu povo há grande chance dos cidadãos terem mais saúde. Melhor ainda, se estas condições gerais forem completadas por um sistema de saúde que cuide da pessoa como um todo (integralidade vertical) e buscando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde (integralidade horizontal).

Mais serviços de saúde. Melhores serviços de saúde. Mais humanidade na atenção à saúde.



## II - PERFIL DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

**Gilson Carvalho**

### 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS vai, aos pouquinhos, sendo implantado e implementado no Brasil. É um sistema criado de forma ascendente com participação de cidadãos técnicos e de cidadãos, membros da sociedade. Sozinhos ou organizados em associações, movimentos, grupos de estudo. Foram trinta anos de construção anterior à CF de 1988 com um esforço mais intenso, nos anteriores dez últimos nos. Agora, no pós constitucional já são mais de duas décadas para poder tirar do papel e consolidar o SUS.

Promulgada a Constituição, dois anos se passaram até ser aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080 e 8142) que a regulamentou. Depois, através de emenda constitucional, leis, decretos e portarias, está sendo forjada a operacionalização do SUS. É um trabalho árduo que tem que vencer inúmeras resistências explícitas e sutis de governos e de técnicos, muito transitoriamente nos governos centrais. Estes, muitas vezes, se esquecem de sua situação de contínuo sufoco na planície de onde vieram e para onde voltarão.

O Art. 198 da CF determina que o SUS seja organizado dentro da diretriz da DESCENTRALIZAÇÃO e da DIREÇÃO ÚNICA, em cada esfera de governo. Não pode assim existir mais múltiplos gestores. Houve tempo em que, numa mesma cidade, existiam órgãos e dirigentes federais do MS, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do MPAS (INAMPS) de outros Ministérios, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Uma impropriedade administrativa, mais capaz de perder recursos na duplicação de meios, que otimizá-los.

Nestes anos de implantação e implementação do SUS tenho visto situações as mais diversas. Secretários de saúde profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, odontólogos, fisioterapeutas etc. e profissionais de outras áreas, que não saúde, como advogados, administradores, economistas etc. Vi, entre estes e aqueles, os ótimos, os bons, os sofríveis e os maus secretários. Tenho certeza de que estas características não estejam diretamente ligadas à formação profissional de cada um, mas sim ao compromisso com o ser humano e a sociedade. É evidente que uma Secretaria de Saúde deva ter profissionais de saúde em sua equipe dirigente, em áreas técnicas específicas, como por exemplo a de responsável técnico - diretor clínico dos serviços de saúde. Mas, não consigo ter a mínima restrição à presença, na direção máxima da saúde, de

profissionais de qualquer outra área, como já aconteceu no próprio Ministério da Saúde.

Poderíamos resumir as competências e habilidades do Secretário de Saúde em três grandes campos que se completam. O político, o técnico e o humano. Dizemos que os três são apenas dimensões de todo ser humano, em qualquer das áreas onde exerça função.

## **2. COMPETÊNCIA POLÍTICA ESPERADA DE UM SECRETÁRIO DE SAÚDE**

A competência política, em geral, é vista e reservada para quem ocupa cargos dentro dos governos e/ou milita na política partidária. Lamentavelmente usamos esta expressão restritiva quando todos nós devemos ser, pensar e agir como seres políticos envolvidos em todas as questões que dizem respeito à polis onde vivemos, nos sustentamos e sustentamos os demais.

Esta visão tem nos faltado. Muitos Secretários de Saúde ( e de outras áreas também), ao assumirem esta função, acham que só aí e nestas circunstâncias passam a participar da vida política. Viram políticos só até o dia em que se demitirem ou forem demitidos. Entendem a política como, exclusivamente, a política de seu partido e seu prefeito.

Seria tão bom que a gente se imbuísse de que, quando, transitoriamente, ocuparmos cargos públicos devemos aproveitar este momento para fazermos o máximo para nós cidadãos, condição permanente de cada um de nós. É nossa grande oportunidade de, ao estarmos no poder, em destaque, servir o melhor possível nossa essência cidadã.

Estranho quando ouço de pessoas, até de nível universitário e de pós, que elas não são políticas, mas técnicas!!! Como se pudéssemos olvidar o papel político de todos nossos pensamentos, falas e atos, quando exercemos qualquer das posições "técnicas" na sociedade.

## **3. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS ESPERADAS DE UM SECRETÁRIO DE SAÚDE**

### **3.1 ALFABETIZAÇÃO FUNCIONAL E NÃO APENAS LEITURA E ESCRITA**

Pode parecer menosprezo ou provocação, mas, como milito Brasil, tenho visto Secretários de Saúde excelentes seres humanos, preocupados com o bem estar dos cidadãos, pés-de-boi em seu trabalho, mas, totalmente, despreparados tecnicamente. A primeira técnica imprescindível é a questão da escrita e principalmente da leitura não apenas mecânica mas que leve à

visão analítica e crítica. Infelizmente a saúde não pode prescindir do mínimo de conhecimento técnico de seus dirigentes, secretários ou diretores de saúde. Existe necessidade diária de leitura e entendimento de normas técnicas. Depois, de sua execução e cobrança permanentes.

### **3.2 CONHECER, QUERER E CUMPRIR A LEGISLAÇÃO DA SAÚDE**

Já escrevi, anteriormente, que os Secretários devam conhecer minimamente a CF e as leis de saúde nacionais, estaduais e municipais. Há muito descumprimento da lei por desconhecimento da equipe dirigente dos serviços de saúde. Repito aqui o kit mínimo de legislação que se deve ter à mão para consulta permanente: CF, Leis 8080 (orgânica da saúde), 8142(orgânica da saúde), 8689 (extinção do INAMPS e criação do SNA), Lei Complementar 141 (financiamento), Decretos 1232 (fundo de saúde), 1651(auditoria), 7508(regula a 8080) e 7825 (regula a 141). Conhecer a legislação operacional (portarias) de saúde consultando, por exemplo o Guia Dazzi de Legislação em Saúde Pública cujas versões são atualizadas a cada semana (solicitar inclusão: [dazzi@mpes.gov.br](mailto:dazzi@mpes.gov.br)). Lei Orgânica Municipal - Lei do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde - alguma outra Lei Municipal referente à saúde - Plano Plurianual de Saúde e Programação Anual de Saúde de 2012 e 2013 - Relatório Anual de Gestão de 2011 e Relatórios Quadrimestrais de 2012.

Muitos Secretários podem incorrer em erros, até mesmo gravíssimos, não por má fé, mas por desconhecimento dos preceitos legais. Temos que evitar que isto ocorra.

### **3.3 DEFENDER A INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE**

Existem três palavrinhas mágicas onde se fixa a essência do SUS: integralidade, o tudo; universalidade, o para todos e equidade, igualdade justa dando mais a quem mais precisa.

Tem-se que buscar um Secretário que tenha esta visão da integralidade. Não posso ter nem aquele que se debruça exclusivamente sobre a atenção básica, nem aquele que foca só nos cuidados especializados e hospitalares. Faz mal à saúde tanto o foco exclusivamente basista, como o hospitalocêntrico. É necessário o equilíbrio entre estas duas abordagens. É de clareza meridiana que se eu focar a ação nos primeiros cuidados (atenção básica) irá diminuir a busca de especialistas e internações. Mas, de outro lado, tenho que oferecer cuidados especializados ambulatoriais ou hospitalares complementares aos que os necessitem, oriundos ou não da atenção básica. O equilíbrio da integralidade é o preceito constitucional: ações preventivas sem prejuízo das assistenciais. Outra é a universalidade

como direito de todos. Existem Secretários e Prefeitos cobrando ou propondo cobrar dos que podem pagar algum valor por mínimo que seja ou negando a eles o acesso a exames, internações e o mais comum, a medicamentos. Não podemos reforçar a ideia de um SUS pobre para os pobres. O SUS é de todos. Temos que fazer equidade que é a igualdade justa, onde se dá precedência aos mais necessitados em saúde. Não confundir esta necessidade com a financeira (pobreza), ainda que a ela possa se juntar e somar. Tem precedência quem tiver maior problema de saúde, não os mais pobres!

Não deve ser Secretário quem não assumir este papel técnico de busca da integralidade. Chega de dicotomia entre a abordagem básica e a especializada e hospitalar! Todos dois tipos de profissionais, exclusivamente basistas ou hospitalocêntricos, não estariam preparados para assumir a Secretaria de Saúde.

### **3.4 FAZER AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE**

O Secretário de Saúde deve ter um perfil que entenda estes três componentes da atenção à saúde: **PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO**.

A demanda em cima do Prefeito e do Secretário de Saúde será sempre pelas ações de recuperação da saúde que é tratar quem já está doente. Se se fixar exclusivamente neste polo, toda atenção e recursos serão apenas a ele dedicados, como ocorre na maioria dos governos.

A visão técnica da integralidade da resposta envolve a atuação sobre as três fases da ação de saúde. Não se pretende, nem se pode ficar no "preventivez" de só se interessar ou atuar sobre as ações de promoção e proteção, iguais às de prevenção. Também não se pode apenas esperar para tratar doentes. Tem-se que fazer todo o possível para evitar a doença. O aparato industrial e comercial, mais presente nos serviços de maior complexidade, é extremamente voraz e capaz de utilizar todos os recursos e cada vez gerar mais necessidades de consumo. Se não houver esta compreensão da integralidade das três fases da ação, a média e alta complexidade tenderão, inexoravelmente a consumir todos os recursos.

Lembro-me de falar um pouquinho sobre o conceito do que seja promoção de saúde. Trata-se de trabalhar as causas da doença o denominado condicionante e determinante. Esta área tem limites não muito claros o que leva a confusões. Na promoção da saúde o que se considera como ação de saúde e o que é de outras áreas. Como exemplo podemos citar o saneamento básico. Este é um determinante importante das condições de saúde da população, mas uma ação que, apenas muito excepcionalmente, seja de

responsabilidade financeira da saúde. O mesmo se diga de esporte e lazer, condicionantes evidentes da saúde, mas de responsabilidade de outras áreas.

Qual o papel da saúde na promoção? Temos um papel preponderante qual seja o de mostrar às pessoas esta correlação entre doenças e agravos e o que seja seu condicionante e determinante. Por exemplo, pouco efeito terá a ingestão de medicamentos para controle do diabetes, sem conseguir inculcar a responsabilidade de cada um de nós, das famílias, das empresas e da sociedade sobre dieta e exercício.

Há muita confusão sobre este limite. De um lado aqueles que dizem que nada disto tem a ver com a saúde, o que tem. E outros que extrapolam as competências da saúde querendo que ela financie e cuide integralmente dos condicionantes e determinantes.

Para a saúde primeiro a explicação da relação de causalidade das doenças, antes, durante e depois. Mais à frente a ajuda e apoio às pessoas para que estejam fazendo sua parte.

### **3.5 GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA**

O Secretário tem que assumir sua função de participar e estimular, promover a participação. De um lado ser o responsável pelo funcionamento do Conselho de Saúde, das relações com os demais seguimentos, em especial profissionais de saúde e comunidade. Não se admite mais o isolamento do governo eleito como plenipotenciário em contínuo conflito com o Conselho de Saúde que é um órgão da Secretaria de Saúde.

Nenhum município, por mais rico que seja, daria conta de oferecer a integralidade dos cuidados em saúde a todos seus cidadãos. Deve, portanto, haver um entrosamento com os dirigentes de outros municípios e com os dirigentes estaduais. Existe um fórum obrigatório inter pares, com os demais Secretários de Saúde de cada Região, através da Comissão Intergestores Regional - CIR. Em outra escala, o colegiado dos municípios com o gestor estadual que decide as questões na Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Uma por estado. Nesta reunião representa oficialmente os municípios o Conselho de Secretários Municipais de cada estado - COSEMS. Ainda que haja uma representação oficial, a frequência às reuniões é aberta. Daí pode alguém ser escolhido para a direção do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e participar em Brasília da Comissão Intergestores Tripartite entre Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Os Secretários de Saúde devem estar disponíveis para participar destas reuniões, não como ônus, mas como função própria de uma Secretaria de Saúde.

Internamente, para dentro da Secretaria sugerimos que haja um colegiado de direção, mesmo que informal, reunindo semanalmente as chefias da Secretaria de Saúde para que as decisões sejam tomadas de forma participativa.

Temos aí no perfil do Secretário o caráter participativo e democrático. O oposto seria ter na direção da Secretaria de Saúde alguém autoritário e plenipotenciário.

### **3.6 DEDICAÇÃO EM TEMPO INTEGRAL**

A saúde tem uma demanda de 24h por dia, durante os sete dias da semana. Outras áreas da administração pública têm sua atividade apenas no horário comercial e cinco dias por semana.

A saúde não pode esperar. Estive por 40 anos no serviço público de saúde e algumas vezes ocupando cargos de chefia. Minha experiência é de demanda permanente. A lei de saúde, desde 1990 coloca para todas as instâncias de governo e em todos os recantos a obrigatoriedade da dedicação em tempo integral.

"Lei 8080/90 Art. 28-Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento."

### **3.7 - NÃO CONTRATAR O PRÓPRIO OU O QUE REPRESENTA**

Esta prática de ao mesmo tempo ser o contratante e o contratado, ainda que antiética é aparece comumente no ambiente empresarial. Muitas vezes não diretamente, mas na sutileza elefantal de alguma representação cítrica! A Lei 8080 veda esta prática na área de saúde.

"LEI 8080, ART.26, § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS."

Clareza meridiana: não se pode estar, ao mesmo tempo, dos dois lados do balcão.

Quem, não pode ser gestor no SUS (cargo de chefia ou função de confiança) é aquele que seja proprietário, administrador e dirigente de entidades ou serviços contratados. Imagine-se o proprietário de uma clínica de Raio X contratada exercendo o cargo de secretário adjunto de saúde.

Imagine-se o diretor de um hospital de uma O.S. afastado transitoriamente dela por assumir cargo de Secretário de Saúde (continuará com vínculo financeiro?). Completamente imoral, antiético e ilegal este fato e procedimento.

#### **4. COMPETÊNCIA HUMANA ESPERADA DE UM SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Que perfil humano poderíamos esperar de um Secretário de Saúde? Fiquei pensando em minha ousadia de enveredar por apontar qualidades humanas de um Secretário de Saúde. Pensei muito e decidi-me por ousar fazê-lo.

A primeira lembrança é que a quase totalidade destes atributos são comuns e devidos a todos cidadãos e em especial nós que trabalhamos com saúde. Estamos ou podemos estar em polos antagônicos em que a posição de compreensão e tolerância deva ser mais nossa. As pessoas que demandam os serviços de saúde estão fragilizadas por emoções variadas: dor, sofrimento, desesperança, medo, tristeza etc. Nós somos envolvidos, mas ao contrário, já sabendo que este é o nosso lidar. Temos que estar preparados para superá-los com humanidade e principalmente, civilidade.

Nada tão enganoso como aquele aforisma médico de que não podemos nos deixar envolver com os pacientes. Hoje o pensamento é exatamente o contrário quando nossa posição é de participar junto.

Rodei Brasil. Vi as pessoas mais diversas, das profissões mais variadas. Gênios, atitudes e condutas diferentes. Busquei nisto alguns pontos comuns que cito abaixo.

##### **ÉTICA - INTEGRIDADE:**

Esta qualidade teria que nos acompanhar a todos o tempo todo. Nem poderia ser denominada de qualidade já que esta é vista como atributo extra. Ser ético é conhecer as regras humanas e praticá-las ainda que tendo que adequá-las a tempo e lugar (moral). A integridade é inerente à ética e faz de nós pessoas irreprocháveis.

##### **HONESTIDADE:**

Novamente um atributo humano prá lá de recomendável. Os assédios na área de saúde são muitos. Na área de serviços, de privilégios de acesso por demandas de partidários, de autoridades, de companheiros da administração etc. Além disto a saúde trabalha com um volume grande recursos destinados a aquisição de material de consumo e remuneração de contratos, ambas áreas visadas para desvios. Saber que muitas vezes não são os secretários os compradores e pagadores, mas outros praticam a desonestidade em seu nome, muitas vezes em cima de seu desconhecimento.

#### DEDICAÇÃO:

Os Secretários de Saúde serão demandados ininterruptamente e tem que oferecer respostas, o mais das vezes, rápidas. A dedicação permanente é um dos atributos pessoais indispensáveis.

#### PACIÊNCIA:

Temos todos sido cada vez menos pacientes uns com os outros. A paciência contínua é exigida de nós. Saber ouvir sempre, mesmo as repetições de quem esteja angustiado em meio ao seu próprio sofrimento ou dos seus.

#### TOLERÂNCIA:

Da mesma maneira temos que ter uma medida muito elástica para a tolerância. Tolerar mais e não ficarmos nos martirizando com o aparente incômodo que os outros nos causam ou por seus achaques ou pela maneira impaciente de manifestá-los. Mais do que tolerar precisamos aceitar os diferentes e a pluralidade dos sujeitos com os quais lidamos como riqueza do nosso trabalho.

#### COMPAIXÃO:

Temos nos tornado cada dia mais dominados pelo tecnicismo e só agora começam a surgir as primeiras reflexões sobre a compaixão como qualidade indispensável ao pessoal da saúde. Compaixão nada mais é do que assumir a posição do sofrer junto enquanto se buscam e se oferecem respostas.

#### **5. UMA PECULIARIDADE DA CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO: SÓ PODE SER SECRETÁRIO DE SAÚDE O PROFISSIONAL DE SAÚDE**

O Estado de São Paulo tem uma peculiaridade em sua Constituição Estadual, cuja existência em outros estados desconheço, mas, com certeza afirmo não ser uma orientação nacional. A Constituição do Estado de São Paulo, em seu artigo 222,I, determina que a Direção Única da Saúde no Estado e em seus Municípios só possa ser assumida por um profissional de saúde.

**"O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, NOS TERMOS DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, SE ORGANIZARÁ AO NÍVEL DO ESTADO, DE ACORDO COM AS SEGUINTE DIRETRIZES E BASES: I - DESCENTRALIZAÇÃO COM DIREÇÃO ÚNICA NO ÂMBITO ESTADUAL E NO DE CADA MUNICÍPIO, SOB A DIREÇÃO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE."**

Entretanto, entendimentos, opiniões e estado de direito nem sempre andam juntos. Tenho conversado com juristas que são unânimes em afirmar a obrigatoriedade de se cumprir a Constituição Paulista. Aos juristas que não



concordam, não cabe permitir que administradores descumpram a Constituição Estadual de São Paulo sob o pretexto de que haja precedente e que vários municípios já o fizeram, fazem e farão e nada aconteceu. Muito menos poderiam Prefeitos afirmar que vão cometer a inconstitucionalidade e apostar que nada vai acontecer. Ambos argumentos não podem fazer parte do comportamento jurídico de agentes políticos que devem ter como princípio pétreo a obrigatoriedade de só fazer o que a lei determina.

#### **6. CONCLUINDO**

**O SUS CONSTITUCIONAL ANDA ATRÁS DE ADMINISTRADORES QUE TENHAM A OUSADIA DE CUMPRIR AS LEIS. NÃO DE QUEM AS DESCUMPRE.**

Vamos insistir com os prefeitos para que escolham bem seus Secretários de Saúde no mínimo cumprindo os preceitos legais.

Conheço bem o meio político e sei dos acordos legítimos para a governabilidade. Tanto entre os partidos políticos, como entre grupos que apoiaram o governo recém-eleito.

Tenho certeza que haverá alguém competente na área de saúde para exercer com habilidade política, técnica e humana uma Secretaria de Saúde que garanta o direito de todos os cidadãos à vida e saúde.

### III - INFORMAÇÕES IMPRESCINDÍVEIS NA SAÚDE PARA A TRANSIÇÃO DOS GOVERNOS MUNICIPAIS

**Gilson Carvalho**

Um dos problemas da gestão pública é a informalidade com que se agregam as informações gerenciais, muitas delas já existentes e outras que deveriam existir mandatoriamente.

Sempre defendi a necessidade de informações gerenciais para a tomada de decisões de rotina e na excepcionalidade. Quando deixei a Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos, em 1992, nossa equipe apresentou um rico panorama da cidade, da saúde e das questões da Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo fizemos ao sair do Ministério da Saúde em início de 1995, aí repetindo o procedimento praticado por quem me transferiu a função, coincidentemente a mesma pessoa. Cumprir a obrigação de quem transmite o governo, ainda que os que nos sucedem não se interessem, não deem valor e não tomem conhecimento. Já passei por isto!

Duas questões se põem: 1) os gestores devem ter um rol de informações gerenciais sempre presentes em sua mesa e disponíveis ao colegiado de gestão da SMS; 2) os gestores devem atualizar estes dados até o fim de seu mandato tanto para transferir o governo aqueles que ganharam as eleições ou até mesmo, quando governo de continuidade, para uma possível escolha de outra equipe dirigente da saúde.

Quem estiver saindo, tem que informar quem entra. Quem entra deve solicitar no mínimo estas informações para se planejar ao assumir a Secretaria de Saúde. Mão dupla que pode ser norteadada pelo velho princípio: deixe a Secretaria de Saúde no mínimo como você gostaria de recebê-la. Não pretendo ser exaustivo, nem completo, mas aqui levanto alguns dados agrupados e que já foram, a maioria deles, objeto de conversas e escritos anteriores. Este texto vem sendo escrito e atualizado desde as eleições municipais da década de 90.

#### **1. LEVANTAMENTO E DISPONIBILIZAÇÃO DA LEGISLAÇÃO GERAL E ESPECÍFICA**

Kit de Legislação Básica em Saúde: CF, Leis 8080 (orgânica da saúde), 8142(orgânica da saúde), 8689 (extinção do INAMPS e criação do SNA), Lei Complementar 141 (financiamento), Decretos 1232 (fundo de saúde), 1651(auditoria), 7508(regula a 8080) e 7825 (regula a 141).

Conhecer a legislação operacional (portarias) de saúde consultando,

por exemplo o Guia Dazzi de Legislação em Saúde Pública (última versão divulgada de 1/11/2012).

Lei Orgânica Municipal - Lei do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde - Alguma outra Lei Municipal referente à saúde - Plano Plurianual de Saúde e Programação Anual de Saúde de 2012 e 2013 - Relatório Anual de Gestão de 2011 e Relatórios Quadrimestrais de 2012.

## **2. DESCRIÇÃO GERAL DO MUNICÍPIO E DOS CONDICIONANTES E DETERMINANTES DA SAÚDE**

Levantar dados do município atendendo a CF que fala que o econômico e social determina a saúde e a lei 8080,3 que coloca como condicionantes e determinantes da saúde: salário, emprego, casa, comida, educação, saneamento, meio ambiente, transporte etc. Juntar os dados macro da cidade como população, número e condições gerais dos bairros; situação da economia municipal. Equipamentos sociais e sua distribuição espacial.

## **3. DESCRIÇÃO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE MORBI-MORTALIDADE**

Identificar e analisar de que adoecem e morrem as pessoas e quais são suas características gerais (gênero, idade, ocupação, local de moradia etc) e quais são os riscos de doenças e agravos à saúde. A Lei 8080 coloca a epidemiologia como base para o planejamento e alocação de recursos.

## **4. DESCRIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE**

Levantar, através do CNES e de inquéritos, todos os serviços privados de saúde localizados no município. Profissionais, instalações, leitos, equipamentos, taxa de uso etc. Especial destaque para os serviços privados contratados/conveniados.

## **5. DESCRIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Descrever a localização, a capacidade física, equipamentos, número de servidores, capacidade máxima de atendimento, produção dos últimos 5 anos; referências estabelecidas dentro da rede: exames, terapias, especialistas, internações etc.

## **6. LEVANTAMENTO DE DADOS DE PRODUÇÃO DOS**

## **SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: PRÓPRIOS, TERCEIRIZADOS E TOTAL**

Dados de produção de ações e serviços de saúde. Cuidados de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Levantar os totais de dados, informados ao Datasus, de baixa, média e alta complexidade separando os serviços próprios, a terceirização do próprio e os terceirizados no próprio do terceiro.

### **7. DADOS DE PESSOAL DA SAÚDE**

Algumas informações são essenciais entre as quais estão: número de servidores por categoria, número e local de vagas não preenchidas; gastos com salários básicos, com vantagens e total. Levantar servidores estatutários, celetistas, terceirizados.

Como os médicos hoje são o maior problema das secretarias de saúde fazer um levantamento especial sobre eles. Mapear todo o efetivo médico da saúde (quantidade de profissionais médicos hoje na rede com a respectiva carga horária contratual, gastos em salários e em vantagens; estimar o custo hoje dos profissionais com vaga disponível.

### **8. GASTOS COM PROFISSIONAL MÉDICO E LRF.**

Conhecer a situação da Folha de Pagamento em relação aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal. Conhecer defasagens salariais em relação ao mercado e simular possibilidades de aumentos salariais em relação à LRF.

### **9. DADOS DO PROCESSO DE COMPRAS**

Como se dá o processo de compras da saúde com o fluxo das providências? Analisar: materiais de escritório, higiene, informática, remédios, combustível etc. A partir dos estoques vistos abaixo fazer a previsão de compras para, pelo menos, os três primeiros meses do ano.

### **10. DADOS DE REGISTRO DE ENTRADA E ESTOQUE DE MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO-ODONTOLÓGICO-ENFERMAGEM**

Análise da rotina de recebimento de material. Análise do estoque de todo material de consumo da Secretaria de Saúde. A partir do consumo médio mensal estimar para quanto tempo dá o estoque de cada medicamento ou material de consumo para planejar compras emergenciais. Fazer levantamento completo no almoxarifado central, regional ou de unidades.

**11. CONTROLE DE PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTOS E MATERIAL DE SAÚDE**

Existe mecanismo de controle do prazo de validade? Quais os produtos a expirar validade e qual o tempo? Foi tomada alguma providência para resolver a questão de vencimentos próximos?

**12. DADOS DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS e MATERIAL DE SAÚDE**

A partir dos dados acima verificar o processo de dispensação de medicamentos e seu controle permanente em relação ao estoque. Separar medicamentos de consumo interno e dispensados. Separar material ambulatorial e hospitalar. Descrição do sistema de registro das saídas. Algum registro de saída final de medicamentos? Aqueles de uso contínuo? Controle do risco de estoque de medicamentos de uso contínuo em casa?

**13. DADOS DE PATRIMÔNIO**

Solicitar a relação dos bens móveis e imóveis sob a guarda e responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde. Verificar se estes bens existem e qual o grau de uso e conservação deles.

**14. DADOS DA FROTA DE VEÍCULOS DA SAÚDE (AMBULÂNCIA E CARROS LEVES)**

Algum registro de veículos da Secretaria de Saúde? Ano de aquisição? Características do veículo? Estado de conservação? Mapa de consumo de combustível e km rodado? Mapa de manutenção preventiva e corretiva? Período ainda estimado de uso e necessidade de reposição de veículos? Existem seguros e qual seu custo e prazos de validade?

**15. DADOS DOS CONTRATOS EM VIGÊNCIA**

Análise dos contratos finalísticos e de atividade meio. Existe rotina para redação e celebração de contratos e convênios? Existe análise técnica e jurídica, prévia ao processo licitatório? Existe comissão de elaboração dos contratos com detalhamento de seu objetivo e mecanismos de controle? Planilha resumo com os seguintes dados dos contrato: objeto, valor (principal e aditamentos), vigência, valor pago até nov.2012, saldo a pagar.

- 16. DADOS DE CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS CONTRATOS**  
Existe Comissão Permanente de Controle e Avaliação dos convênios/contratos? Acompanhamento por relatórios? In loco? Análise do cumprimento dos contratos? Dois últimos relatórios de acompanhamento de contratos.
- 17. DADOS DO ORGANOGRAMA DA SECRETARIA DE SAÚDE**  
Existe organograma de Secretaria de Saúde com relação de hierarquia e subordinação? Organograma legal? Ou existe um organograma legal e outro real, funcional?
- 18. POSTOS DE CHEFIA: HIERARQUIA E REMUNERAÇÃO**  
Relação de todos os cargos de chefia da Secretaria de Saúde explicitando posição no organograma, remuneração e se de livre ocupação ou privativo de servidores.
- 19. DESCRIÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO GERAL DOS SERVIDORES OU PELO MENOS DE SETORES E GRUPO DE ATIVIDADES COM TEMPOS E RESPONSABILIDADES**  
Saber se estas informações estão disponíveis na Secretaria de Saúde ou em outro setor da administração. Ou deverão ser elaboradas?  
Todos os servidores deveriam ter uma descrição de seu processo de trabalho no local onde estejam lotados. Se estes dados não existem, que, pelo menos se busque a descrição de processo de trabalho dos setores e áreas com descrição de tempos e movimentos e identificação de responsabilidades.
- 20. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO**  
Descrever como está o processo de informatização da Secretaria de Saúde. Quais áreas e setores já estão informatizados. Já existe informatização dos processos de atendimento das unidades de saúde? Das consultas médicas, inclusive? Fazer um mapa deste processo, com cronograma de implantação se nesta fase. A informatização é feita por serviços próprios? Se terceirizadas, anexar cópia do contrato e descrever tempos e responsabilidade inclusive as financeiras.

**21. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO FINANCEIRA.**

Existe lei, decreto ou outras normal reguladoras do Fundo de Saúde? Qual é seu papel efetivo ou apenas trabalha com formalidades e quem opera efetivamente é a secretaria de fazenda? Como se dá o fluxo financeiro? Qual o cronograma esperado de entradas e saídas para os primeiros meses do ano? Quanto de dinheiro já está comprometido e qual expectativa de ingressos neste período? Quais são as pendências junto a fornecedores de material e medicamentos? De prestadores de serviços intermediários e finalísticos de saúde? Existem relatórios periódicos? O ideal é que estas informações sejam disponibilizadas

**22. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA SAÚDE**

Ata das reuniões do último ano do Conselho Municipal de Saúde. Relatório da última Conferência Municipal de Saúde. Avaliação do Conselho pelo Gestor. Avaliação do Gestor pelo Conselho. São feitas prestações de contas quadrimestrais ao Conselho? Relatórios informam da quantidade e qualidade dos serviços? Existem e são avaliados relatórios físico-financeiros pelo Conselho?

## IV - PLANEJAMENTO SIMPLIFICADO, ASCENDENTE E PARTICIPATIVO

Gilson Carvalho

### 1. INTRODUÇÃO

Vou tratar aqui do que denomino Planejamento Operacional e que, durante décadas, uso na área de saúde. Tenho certeza de que minha maneira de ver o planejamento terá a crítica dos doutos planejadores que bem entendem da matéria. Planejam com maestria acadêmica e com propriedade prática do sempre fazê-lo e ministrar cursos. Estes oscilam em suas crenças entre o Planejamento Estratégico Situacional - PES do Carlos Matus/Mário Testa ou o tradicional normativo, cujo melhor exemplo é a técnica CENDES-OPS com suas variações explícitas ou implícitas.

Com todo respeito aos conhecimentos e convicções dos mestres em planejamento faço uma mistura "caipira" dos dois extremos, tendendo mais a fazer um PES descomplicado. PES sem ritualística exagerada. Nunca tive chance de ver aplicada a técnica e mantida funcionando na prática do dia a dia. Menos ainda a aplicação prática de forma concomitante em todos os setores e áreas de uma Secretaria Municipal de Saúde.

Durante muitos anos tenho discutido com o pessoal que trabalha como liderança e chefia na saúde, uma metodologia singela, simplificada e da mais fácil compreensão. Minhas observações são dicas que não têm a pretensão de se considerar um método operacional de planejamento. Outra observação foi que este jeito de planejar já pode ter sido exposto e registrado por terceiros. Este texto deve ser a somatória destes autores e não meu, pois acabei lendo muito e mais: sou dotado de orelha grande... atenta. Vivo aprendendo dos outros e depois nem sei de que fonte bebi, mas, tenho certeza que bebi o conhecimento e não inventei a bebida.

O que importa é que sou contra a idéia de planejadores que planejam para os outros. Sou a favor de que todos planejem com a ajuda de alguém que dê apoio ao processo. Só admito planejador numa secretaria de saúde como aquele que orienta e faz funcionar o processo participativo, ascendente, e mesmo assim não deve ser desvinculado do apoio necessário à qualificação do cuidado. Dá o tom, apoia e faz a parte burocrática a partir da idéia e contribuição do coletivo, em qualquer dos lugares que ocupem.

Defendi assim que todos planejem sua área o que não impede que analisem a realidade de outros setores. Que façam suas propostas como recebam propostas dos outros.



Este método não é teórico pois já o usei em algumas secretarias em oportunidades outras. Apliquei eu mesmo como Secretário Municipal de Saúde de São José dos Campos com grande vantagem. Vamos detalhá-lo mais à frente.

As linhas mestras estão dadas e devem servir para adequar o caminho à realidade local. Por exemplo, vou trabalhar em várias frentes como a identificação da abordagem às doenças e agravos à saúde.

O caminho deve ser adequado sempre ao tempo e lugar. A finalidade de um bom planejamento é identificar o que deve ser feito para que as pessoas não fiquem doentes, não tenham acidentes e não morram cedo.

Como deve ser feito este planejamento? Ele deve ser feito por todas as representações dentro da área de saúde. O governo com toda sua hierarquia. Os profissionais de saúde. Os prestadores de serviços de saúde. Os representantes dos cidadãos usuários. Estas quatro representações da sociedade são membros natos do Conselho de Saúde que deve existir em cada esfera de governo. Os Conselhos de Saúde ajudam a definir o plano de saúde e o aprovam. Depois fazem o controle nos aspectos econômicos e financeiros.

Divido este texto em três partes: PLANEJAMENTO SIMPLIFICADO E OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS; PLANEJAMENTO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO; CONCLUSÕES.

## **2. PLANEJAMENTO SIMPLIFICADO E OS CONCEITOS FUNDAMENTAIS**

O conceito rotineiro de planejamento é daquela operação que fazemos antes de agir. Antes de fazer alguma coisa. Neste conceito dividimos a operacionalização de nossa ação que pode até ser concomitante: planejar o que será feito; depois executar e só depois avaliar.

Falo em concomitância pois o planejar é permanente nos reajustes necessários diante de situações e fatos novos deparados na execução e diante de dados da avaliação permanente. Planejar se confunde e se mistura com o executar e o avaliar.

Falamos em planejamento como uma operação formal. Mas existe o planejamento informal, permanente, por vezes nem mesmo identificável, mas que orienta todas nossas ações. Estamos sempre e permanentemente planejando. Planejamento a longo, médio e curto prazo. O planejamento informal acompanha nossas vidas e nossas ações. Chego a classificar como o maior planejador do Brasil o indivíduo que sobrevive com a família com até um salário mínimo. Segundo dados do IPEA existem 16 milhões de famílias nesta situação.

Como a gente planeja alguma coisa?

O planejamento tem três fases. A definição do objetivo, a definição da situação em que estamos em relação ao objetivo e finalmente a definição de como chegamos de um ponto ao outro. Ponto "A" (objetivo); ponto "B"(situação) e a dinâmica de definir como vamos de um ponto a outros.

### **DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS**

Na primeira fase delas tenta-se definir exatamente o que queremos. Os objetivos podem ser os mais diversos, mas sempre existem. Podem ser amplos e mais limitados, pontuais. Vão desde o planejamento de nossa sobrevivência até o planejamento das ações mais sofisticadas como as humanas, individuais ou empresariais. Mais uma vez lembro que nem sempre são formais, registrados mecanicamente, mas precisam estar sob a nossa visão, para que não nos distanciemos delas. Muitos nos perdemos neste caminhar, principalmente nas ações que são coletivas e principalmente públicas.

### **DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

A segunda operação é a análise de situação. A percepção e análise de onde estamos. Sempre esta avaliação de situação deve ser feita em relação ao objetivo que se pretende atingir. Cada vez que analisamos nossa posição sem levar em consideração nosso objetivo a tendência é fazer uma análise conjuntural imperfeita e incompleta. Alguns planejadores querem começar pela análise de situação e só depois fazer a definição dos objetivos. Tenho convicção que primeiro deva ser sempre a definição de objetivos, de onde se quer chegar, para depois avaliarmos onde estamos, se mais perto ou longe de nossos objetivos. Para isso, a definição de objetivos deve ser compartilhada com comunidade ou corremos o risco de propor objetivos pessoais e não coletivos em relação à população com que se trabalha.

### **COMO IR DE ONDE ESTAMOS PARA ONDE QUEREMOS IR**

Sabendo onde queremos chegar e onde estamos, nossa terceira tarefa é definir que caminho será trilhado para se conseguir chegar, atingir os objetivos. Este caminho é de construção bem complexa. Tem-se que saber o melhor caminho e os caminhos alternativos, diante de situações que mudam. Os caminhos dependem dos recursos materiais, financeiros e humanos de que se dispõe. Das armadilhas interpostas e dos apadrinhamentos facilitadores.

Em resumo podemos definir este planejamento operacional como resposta a três perguntas e sempre nesta ordem:

- 1) ONDE QUEREMOS IR?
- 2) ONDE ESTAMOS EM RELAÇÃO A ESTE OBJETIVO?
- 3) COMO VAMOS DE ONDE ESTAMOS, PARA ONDE QUEREMOS IR?

Brincamos que estas três perguntas são conhecidas pelo nosso homem simples de interior, morador da roça e denominado de caipira na língua tupi. O linguajar é bem típico de interior. As perguntas são expressas pelos termos: ONCOVÔ? ONCOTÔ? CONCOVÔ? Que traduzindo sem comer sílabas seriam estas três palavras: onde que eu vou (ONCOVÔ); onde eu estou (ONCOTÔ) e como que eu vou (CONCOVÔ).

Quando estamos planejando com o pessoal técnico e não com a comunidade em geral, podemos acrescentar uma quarta questão que é **COMO AVALIAR NOSSO DESEMPENHO ( NO CAIPIRAL: CUMÉQUITÁINU?)**

Vamos fazer este planejamento simplificado para nossas secretarias municipais de saúde. "Planejamento Estratégico Caipiral".

### **PARA ONDE EU QUERO IR E LEVAR AS PESSOAS EM RELAÇÃO À SAÚDE?**

Em última análise o que queremos para nós e para todas as pessoas é que tenhamos maior bem-estar. Sejamos o mais felizes possível. Na área de saúde podemos detalhar este objetivo a ser atingido como "ajudar as pessoas a só morrerem bem velhinhas com qualidade de vida, sem nunca terem ficado doentes ou tenham tido agravos a sua saúde, e se ficarem doentes que saem logo e de preferência sem sequelas." (O POVO DOS PLANEJADORES CHAMA ISTO DE MISSÃO)

Esperamos que esta situação possa significar maior bem estar e felicidade para as pessoas. Sabemos que este objetivo é próprio da saúde, mas, não depende só dela e por vezes nem principalmente dela. Saúde ocorre na dependência dos condicionantes e determinantes que são os mais variados incluindo questões do âmbito econômico e social.

Aqui, nós da saúde temos um grande viés. Colocamos nosso objetivo como as questões do processo. Este planejamento equivocado leva a ações erradas. Não podemos colocar nosso objetivo final, como sendo os objetivos parciais, transitórios. Por exemplo. Ficamos perdidos para conseguir maior número de consultas, mas nem sempre fazer maior número de consultas significa ter mais saúde. Podemos citar inúmeros exemplos desta distorção.

Para ilustrar desvios e vieses tive uma contribuição de meu amigo Wanderson, que contou-me uma historinha da juventude.

"Estava eu em BH, nos idos 70 descendo (a pé) a rua Espírito Santo em direção a Afonso Pena quando deparei-me com uma moça tentando manobrar

o carro. Todo galanteador, metido a besta , ofereci-me para ajudá-la. - "Vira para cá, disterça, vai pra frente, disterça, ré...etc Finalmente todo vaidoso falei: - "Está ótimo, muito bem estacionado! Então, a mineirinha comentou -"Uai ! Eu tava querendo era sair da vaga!" Tem-se que saber discernir ou eleger as necessidades detectadas, sentidas das reais necessidades da população de quem nem sempre somos bons intérpretes.

### **ONDE ESTOU EM RELAÇÃO A ONDE QUERO CHEGAR?**

Esta operação corresponde ao conhecido diagnóstico de situação. Muitas vezes se quer planejar a partir do diagnóstico de situação. Esta posição é formalmente equivocada. Formalmente por que? Sempre, informalmente, usamos o paradigma de onde queremos chegar para definir onde estamos. Na saúde o diagnóstico de onde estamos deve ser feito a partir da análise de que morrem e adoecem as pessoas naquele território. Os detalhes destas mortes e doenças, em que idade, com que gênero, em que situação sócio econômica. Hoje temos um nome oficial para isto (Dec.7508) que é o mapa da saúde que pode ser comparado com a antiga carta sanitária.

### **COMO DEVO CAMINHAR DE UMA POSIÇÃO A OUTRA?**

Esta fase deve significar o caminho, a trajetória, o ferramental para nos deslocarmos de uma posição a outra.

Para este caminho já existe um balizamento dado pela CF e pelas Leis de Saúde federais, estaduais e municipais. A questão saúde não é nova no cenário brasileiro. Para enfrentá-la e garanti-la para todos houve uma luta de décadas no pré-constitucional que continua décadas depois da vigência da CF. Como caminho para se conseguir a saúde para todos, foram criados objetivos, princípios, diretrizes, funções etc. A ação de saúde deve ter sempre três vertentes: promoção (mexer com as causas agindo principalmente através de 3 caminhos: alimentação saudável, cuidados de higiene e proteção ao corpo e exercícios físicos; provocar as outras áreas responsáveis pelos condicionantes e determinantes da saúde); proteção (mexer com os riscos específicos de adoecer, fazendo vacinas, exames preventivos etc) ; recuperação (tratar de quem já está doente).

Trabalhar com integralidade das ações de saúde desde as mais simples às mais complexas. Trabalhar com todos os cidadãos sem fazer discriminação nem de ricos, nem de pobres. Tratar a todos igualmente dando mais para aqueles que têm mais necessidades de saúde. A especificação das competências de cada esfera de governo, o financiamento trilateral, a participação da comunidade no planejamento e controle. Existem vários outros princípios e diretrizes tecno-assistenciais e tecno-gerenciais.

Esta aí, em suma, aquilo que deve ser feito em termos de planejamento operacional, simplificado. Os novos governos municipais da saúde que já devem, em época de campanha, ter traçado as principais diretrizes do planejamento agora é o momento de entrar no planejamento mais detalhado de algumas questões.

### **3. TÉCNICA DE PLANEJAMENTO ASCENDENTE E PARTICIPATIVO**

A idéia de planejamento participativo parece ser recente e levada a cabo por partidos de esquerda. Não é bem assim. Em 1979 participei como Diretor do Departamento Médico Odontológico no governo municipal de São José dos Campos, sendo prefeito Joaquim Bevilacqua. Naquele retorno à democracia em São José dos Campos . Joaquim foi o primeiro prefeito eleito, depois de vários anos da ditadura com prefeito nomeado. Com ele aprendi a trabalhar com orçamento participativo. Joaquim, o prefeito, idealizou uma participação da população através dos escolares e seus familiares para definir problemas da cidade e sugerir soluções. Foi muito rico o processo e os resultados.

Depois disto acabei simplificando a metodologia e adaptando-a a situações pontuais e a segmentos da população. Este planejamento ascendente e participativo em resumo trabalha com três questões que são as abaixo.

1. QUAIS OS PROBLEMAS MAIS IMPORTANTES QUE VOCÊ IDENTIFICA NO SETOR SAÚDE?
2. A QUE CAUSAS - CONDICIONANTES e/ ou DETERMINANTES VOCÊ ATRIBUI ESTES PROBLEMAS?
3. QUAIS AS SOLUÇÕES QUE VOCÊ PROPÕE PARA ATINGIR ESTAS CAUSAS E ESTES PROBLEMAS?

Aqui temos uma proposta-chave: identificar problemas, causas e soluções. Rapidamente aprendi ser essencial ouvir as pessoas, fazer escuta, dar chance de que falem. Todas as pessoas podem ter contribuições tanto na identificação dos problemas, como no apontar possíveis soluções. Na tabulação de dados, apuração das respostas, não utilizar apenas seu pessoal técnico, mas pedir a contribuição de conselheiros com destaque para os representantes dos usuários.

Depois, o principal, usar na prática tanto os bons diagnósticos, como as boas soluções. Usar e saber atribuir a autoria. Dar os créditos. Esta pesquisa

ascendente e participativa pode ser feita de forma geral ou por segmentos. Pode ser genérica ou pode ser para problemas pontuais. Por exemplo. O problema: falta de médicos nos serviços públicos de saúde. Como pode ser esmiuçado este problema e discutidas as soluções? Por que não fazer esta pesquisa com os médicos da rede: problemas, causas, soluções? Com outros profissionais em especial. Podem haver soluções nem pensadas pelos gestores, mas que podem ser essenciais.

Um complemento desta ideia é, diante de problemas específicos, com participação de grupos restritos fazer um tipo de premiação para idéias consideradas vitoriosas. Pode ser financeira, pode ser de folgas, de prêmios etc. O importante é ouvir, auscultar a comunidade por inteiro ou por segmento para "sugar dela" sugestões para melhorar a saúde e busca de soluções para os problemas.

O plano de saúde não pode ser uma soma do planejado por áreas. Todas as áreas devem se comprometer em participar desde o início, na ausculta coletiva da comunidade, e construir um plano comum. A escuta deve estar ligada à capacidade e compromisso de informar a comunidade da responsabilidade de todos pela saúde. Como exemplo: os dados epidemiológicos, ambientais, sociais, sanitários devem ser sistematizados para que a população da comunidade consultada se aproprie deles para apontar aquilo que deva ser feito. Nos municípios pequenos e médios, em geral é necessário apenas uma abordagem com dados. Nos municípios maiores estes dados devem ser desmembrados por região ou por tema.

#### **4. CONCLUSÕES**

Planejar não é um bicho de sete cabeças para ser apenas entendido e enfrentado pelos iniciados planejadores. Muito menos por entendidos de fora. É essencial que seja feito ligado à gestão e seu pessoal, ainda que se possa ter a ajuda, o apoio de externos.

Todos precisamos usar da metodologia do planejamento para melhorar a eficiência das ações e serviços de saúde. Não nos esquecermos que o que vai no plano só se torna viável no momento em que for colocado nas leis orçamentárias que serão aprovadas pelo legislativo. Só lá o plano é vivificado. Mais: o plano tem que ser aprovado no Conselho de Saúde. A sequência lógica: nada pode ser feito que não estiver previsto no orçamento; nada pode ir ao orçamento que não esteja no plano de saúde; nada pode ir ao plano de saúde que não tenha sido aprovado pelo Conselho de Saúde.

Vale lembrar que a Lei 8080 coloca com clareza meridiana que deve ser usada a epidemiologia para se fazer planejamento e alocação de recursos. Lei 8080, Art.7 VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

As atitudes em relação a isto são: identificar e valorizar o correto; identificar e corrigir o errado; estar alerta para identificar o novo que pode significar novos desafios e atitudes.

## V - AGENDA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - 2013

Gilson Carvalho

**"Saúde é Viver Mais e Melhor! A missão do governo, profissionais e prestadores de saúde é ajudar as pessoas a só morrerem bem velhinhas, de preferência sem nunca terem estado doentes e, se acontecer doença ou agravo, que se cure logo, de preferência sem seqüelas." GC**

### MANUAL DE USO:

- 1) Esta agenda dos SMS é dinâmica, não esgota todos os temas, inclusive aqueles, caracterizados como estaduais e loco-regionais, devem ser acrescentados a ela.
- 2) Apresente e discuta esta agenda com o Prefeito e com os demais secretários e se possível com os vereadores na Câmara.
- 3) Atribua prazos e responsabilidades para cada atividade da agenda.
- 4) Distribua esta agenda nos vários setores da SMS.
- 5) Discuta esta agenda no Conselho de Saúde para o acompanhamento dos conselheiros.
- 6) Esta agenda com tarefas e prazos, ainda que feita para os Secretários Municipais de Saúde, é de grande utilidade aos profissionais, prestadores e cidadãos.

### **ATENÇÃO! ATENÇÃO! ATENÇÃO!**

Prioridade zero para todos os cidadãos, profissionais e gestores da saúde: temos todos que contribuir com os novos governos municipais que assumem em janeiro. Governos municipais devem levar à presidente e governadores suas opiniões, sugestões e reivindicações para melhorar a saúde da população. Além de propor, apoiar propostas que têm circulado a partir de textos de vários coletivos. Temos que ser pró-ativos e correr à frente, se por nada, pelo menos para não amargarmos consequências de nossa omissão. **Mãos-a-obra!!!!**



# AGENDA PERMANENTE COMPULSÓRIA

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE SÓ PODE FAZER AQUILO QUE A LEI DETERMINA. O DIREITO À SAÚDE COMO DEVER DO ESTADO ESTÁ PRESENTE DE FORMA CLARA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E LEIS DA SAÚDE. PRIMEIRO CUMPRIR PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE E EFICIÊNCIA. O BALIZAMENTO LEGAL PARA A SAÚDE ESTÁ NOS PRECEITOS ABAIXO QUE DEVEM SER CONHECIDO POR TODOS OS CIDADÃOS.

## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

SAÚDE DIREITO DO CIDADÃO: A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO.

OBJETIVOS: 1) IDENTIFICAR e DIVULGAR CONDICIONANTES E DETERMINANTES; 2) FORMULAR A POLÍTICA ECONÔMICA E SOCIAL PARA DIMINUIR O RISCO DE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS; 3) GARANTIR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

FUNÇÕES: REGULAR, FISCALIZAR, CONTROLAR, EXECUTAR

DIRETRIZES E PRINCÍPIOS ASSISTENCIAIS: UNIVERSALIDADE - IGUALDADE (EQUIDADE) - INTEGRALIDADE - INTERSETORIALIDADE - RESOLUTIVIDADE - ACESSO A INFORMAÇÃO - AUTONOMIA DAS PESSOAS - BASE EPIDEMIOLÓGICA

DIRETRIZES E PRINCÍPIOS GERENCIAIS: REGIONALIZAÇÃO - HIERARQUIZAÇÃO - DESCENTRALIZAÇÃO - GESTOR ÚNICO - COMPLEMENTARIEDADE E SUPLEMENTARIEDADE PRIVADA - FINANCIAMENTO - PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

CONDICIONANTES E DETERMINANTES: ENTRE OUTROS, ALIMENTAÇÃO, MORADIA, SANEAMENTO BÁSICO, MEIO AMBIENTE, TRABALHO, RENDA, EDUCAÇÃO, TRANSPORTE, LAZER E O ACESSO AOS BENS E SERVIÇOS ESSENCIAIS;

- Fazer o SUS acontecer é mudar radicalmente a maneira de ver e agir em relação ao tradicional atendimento exclusivo à demanda (atender que procura os serviços de saúde). Ou na maneira, por vezes desqualificada, de trabalhar queixa-conduta. A missão do gestor de saúde não é dar conta e planejar pela demanda mas, identificar as reais necessidades de saúde e assumir a responsabilidade de atendê-las.
- Planejar, organizar, monitorar o sistema público de saúde com prioridade para a atenção básica.
- Trabalhar com evidência da informação criando e analisando sistemas locais e preenchendo e contribuindo para aprimoramento do estadual e federal.
- Levantar os condicionantes e determinantes da saúde e fazer ampla divulgação e mobilização para que todos trabalhem para modificá-los. Busque dados também na "sala de situação do Ministério da Saúde que além de dados gerais, tem dados de cada município.

[www.saude.gov.br/saladesituacao](http://www.saude.gov.br/saladesituacao)

- Propor, monitorar e avaliar, com base epidemiológica, o plano de saúde e a programação anual incluindo aspectos de descrição do território, das condições de saúde da população, dos serviços de saúde existentes, das propostas técnicas e de produção de serviços e da programação financeira detalhada.
- Garantir que o plano de saúde e sua programação anual de saúde estejam contemplados no Plano Plurianual (PPA)
- Elaborar relatórios gerenciais: mensais, trimestrais e os anuais sobre aspectos qualitativos e quantitativos, incluindo os financeiros para gestão interna e informe externo incluindo o Conselho de Saúde.
- Criar e alimentar espaço de discussão (mesa de negociação) do conjunto dos trabalhadores da saúde contemplando plano e prioridades, programação, relatório de gestão, processo de trabalho e linhas de cuidado na rede de saúde.
- Fazer, se ainda não tiver sido feito, o plano de cargos, carreira e salário dos trabalhadores da saúde (é possível fazê-lo independente do restante do pessoal da prefeitura ao modo do estatuto do magistério, existente na maioria dos municípios).
- Melhorar o processo de funcionamento da secretaria de saúde, começando pelo processo de trabalho construído de forma ascendente: o que cada um deve fazer individualmente e em equipe.
- Garantir e exigir que conselho de saúde desempenhe seu duplo papel de ser propositivo e controlador (Lei 8142) acompanhando e fiscalizando a programação de saúde o uso do financeiro no Fundo Municipal de Saúde.
- Garantir a existência e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde: criar se ainda não existir; adequar à LC 141; administrar na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Exigir que recursos transferidos e os próprios municipais sejam todos aplicados no fundo; preencher o (SIOPS) Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde bimestralmente.
- Promover a integração entre os níveis de atenção (principalmente o básico) com a vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, do trabalho).
- Participar de reuniões da CIR (Comissão Intergestores Regional), do COSEMS, do Congresso Estadual de Secretários e, se possível, do Nacional para trocar experiências, defender a política de saúde e garantir a implementação do SUS.

AGENDA MENSAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - 2013 - REVISADA PÓS LC 141		
MÊS	TAREFA	FUNDAMENTO
JANEIRO	<p>□□□□OS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE QUE NÃO TIVERAM CHANCE DE CONHECER A SECRETARIA DE SAÚDE ANTES DA POSSE, NO INÍCIO DE JANEIRO, TÊM QUE ESTUDAR: LEGISLAÇÃO FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE; PLANO DO GOVERNO; PLANO DE SAÚDE, PPA, LDO, LOA 2013; ESTRUTURA FÍSICA DA REDE; LIDERANÇAS DA SMS; RELATÓRIO DE CONFERÊNCIA DE SAÚDE; ATAS CONSELHO DE SAÚDE; FUNDO: ÚLTIMAS PRESTAÇÕES DE CONTAS; DADOS DE PESSOAL; CONTRATOS EXISTENTES PRINCIPALMENTE OS DE SERVIÇOS... ETC. ETC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DAR AMPLA DIVULGAÇÃO - INCLUSIVE POR MEIOS ELETRÔNICOS DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS PERIÓDICAS;</li> <li>• ENCAMINHAR AO CONSELHO PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE DO PLANO DE SAÚDE DE 2014 PARA APROVAÇÃO E ELABORAÇÃO DA PLDO;</li> <li>• FAZER PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHEIROS EM ESPECIAL PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS</li> <li>• MONITORAR A INFESTAÇÃO DO AEDES; PLANEJAR E ORGANIZAR AÇÕES E SERVIÇOS PARA ATENDER OU CONTINGENCIAR EVENTUAL EPIDEMIA DE DENGUE;</li> <li>• ESTE ANO É DE CONSTRUÇÃO DO PLANO DE SAÚDE (PARA OS PRÓXIMOS QUATRO ANOS) QUE VAI INFORMAR O PLANO PLURIANUAL (PARA OS PRÓXIMOS QUATRO ANOS DE GOVERNO).</li> <li>• SE NÃO FOI FEITA NENHUMA CONFERÊNCIA DE SAÚDE NO ANO ANTERIOR, FAZÊ-LA NESTE INÍCIO DO ANO PARA QUE CONTRIBUA COM O PLANO DE SAÚDE. (SE FEITA, É O MOMENTO DE ATUALIZÁ-LA COM O CONSELHO OU PLENÁRIA, PARA QUE SE ADEQUE ÀS PROPOSTAS DO NOVO GOVERNO).</li> <li>• VERIFICAR E SE NECESSÁRIO PREENCHER, SE OS</li> </ul>	<p>LC 141</p> <p>DIRETRIZES CONTROLE DA DENGUE - CIT PT 3252/09 LC 101</p>

	<p>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO ESTÃO SENDO PREENCHIDOS: SIM, SINASC, SCNES (INCLUINDO VIGILÂNCIA SANITÁRIA). AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DEVEM SER INFORMADAS NO SAI POIS SEM INFORMAÇÃO NÃO RECEBERÁ RECURSOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VERIFICAR QUAIS OS INDICADORES CONSTANTES DO ANEXO II DO COAPS OBRIGATÓRIO PARA MUNICÍPIOS JÁ SIGNATÁRIOS DO COAPS E ACONSELHÁVEIS PARA OS NÃO SIGNATÁRIOS QUE PODEM VIR A ASSINAR.</li> <li>• DESDE 2012 A CIB DEVE TER ENCAMINHADO RESOLUÇÃO À SVS/MS COM PACTUAÇÃO DO RECURSO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE TODOS OS MUNICÍPIOS. CONHECER ESTA PACTUAÇÃO COM SUAS RESPONSABILIDADES JUNTO À VIGILÂNCIA.</li> </ul>	
FEVEREIRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRESTAR CONTAS DO 3º QUADRIMESTRE DE 2012 NO CONSELHO E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NA CÂMARA;</li> <li>• IR CONSTRUINDO PLDO EM COMPATIBILIDADE COM PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DO PLANO DE SAÚDE</li> </ul>	CF + LC 101 - LRF LC-141
MARÇO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APRIMORAR PROPOSTA PLDO; COMPATIBILIZAR COM PLDO DA PREFEITURA;</li> <li>• ENCAMINHAR O RAG 2012 AO CONSELHO PARA ELE AVALIAR (USAR MODELO INTEGRAL PADRONIZADO PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E O REDUZIDO PARA MUNICÍPIOS ABAIXO DE 50 MIL HAB.)</li> <li>• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - JANEIRO E FEVEREIRO</li> </ul>	CF LC-101-LRF LC141 CIT PT 3252/09
ABRIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENVIAR RAG - APROVADO NO CONSELHO - PARA A BIPARTITE</li> <li>• IR ADEQUANDO O PPA COM O PLANO DE SAÚDE.</li> </ul>	PT 3176
MAIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRESTAR CONTAS DO 1º QUADRIMESTRE AO CONSELHO E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NA CÂMARA;</li> </ul>	LC141

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAMPANHA DE VACINAÇÃO P/ GRIPE SAZONAL;</li> <li>• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - MARÇO E ABRIL</li> </ul>	LC 141 ART.52
JUNHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IR ELABORANDO A PLOA 2013;</li> <li>• CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A POLIO;</li> <li>• PLANEJAR CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A RAIVA (VERIFIQUE O MÊS EM SEU ESTADO);</li> <li>• FIM DO PRAZO DE ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE (1ª VIGÊNCIA) - 31-6-2012</li> <li>• IR ADEQUANDO O PPA COM O PLANO DE SAÚDE.</li> </ul>	CF LC 101 - LRF LC 141
JULHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PARTICIPAR CONGRESSO CONASEMS EM BRASÍLIA</li> <li>• APROVAR PLOA NO CONSELHO;</li> <li>• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - MAIO-JUNHO</li> <li>• FAZER A ÚLTIMA REVISÃO DO PPA QUE DEVERÁ SER ENTREGUE AO LEGISLATIVO NO FINAL DE AGOSTO</li> </ul>	LC 141 ART.52
AGOSTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VERIFICAR E GARANTIR QUE ESTÁ SENDO FEITA A COMPATIBILIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS) COM O PLOA DA ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL;</li> <li>• CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A PÓLIO;</li> </ul>	LC-101-LRF LC 141 PT 3252/09
SETEMBRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRESTAR CONTAS DO 2º QUADRIMESTRE 2012 AO CONSELHO E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NA CÂMARA;</li> <li>• GARANTIR PAS NO CONJUNTO DA PLOA - NO MÍNIMO 15% DO ORÇAMENTO PRÓPRIO DA PREFEITURA PARA A ÁREA DE SAÚDE; SE JÁ ESTIVER MAIS QUE ISTO, LUTAR PARA MANTER;</li> <li>• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - JULHO - AGOSTO</li> </ul>	CF LC 101 -LRF
OUTUBRO		
NOVEMBRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOMAR AS ÚLTIMAS PROVIDÊNCIAS DO ANO PARA GARANTIR USO DE TODA A RECEITA ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE;</li> <li>• ELABORAR PROJETOS E DEIXÁ-LOS PRONTOS PARA POSSÍVEL APRESENTAÇÃO AO MS OU AO GOVERNO ESTADUAL PARA PLEITEAR RECURSOS REMANESCENTES DO ORÇAMENTO;</li> <li>• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - SETEMBRO-</li> </ul>	LC 141 ART.52

	OUTUBRO	
DEZEMBRO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• POSSÍVEL APRESENTAÇÃO DE PROJETOS PARA OBTER RECURSOS REMANESCENTES OFERECIDOS PELO MS OU GOVERNO ESTADUAL;</li> <li>• AVALIAR, E ORGANIZAR A REDE, O CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO E DE VETORES DA DENGUE;</li> <li>• FIM DO PRAZO DE ALIMENTAÇÃO DO SISTEMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE (2ª VIGÊNCIA)- 31-12-2012</li> </ul>	
JANEIRO/2014	• PREENCHER O SIOPS BIMESTRAL - NOVEMBRO - DEZEMBRO	LC 141
FEVEREIRO /14	• PRESTAR CONTA DO 3º QUADRIMESTRE AO CONSELHO E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NA CÂMARA	LC 141