UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
BACHARELADO EM MEDICINA

RAFAELLA DA SILVA TORRES

O USO DO SARGSUS NA PARAÍBA

Análise descritiva acerca da frequência e das relações entre a existência do Plano Municipal de Saúde e a rotatividade dos gestores municipais no período de 2013-2016

João Pessoa - PB
2020
RAFAELLA DA SILVA TORRES

O USO DO SARGSUS NA PARAÍBA: Análise descritiva acerca da frequência e das relações entre a existência do Plano Municipal de Saúde e a rotatividade dos gestores municipais no período de 2013-2016

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a conclusão do curso de bacharelado em medicina do Centro de Ciências Médicas – CCM, da Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho

João Pessoa - PB
2020

Catalogação na publicação Seção de Catalogação e Classificação

T693u Torres, Rafaella da Silva.
O uso do SARGSUS na Paraíba: Análise descritiva acerca da frequência e das relações entre a existência do Plano Municipal de Saúde e a rotatividade dos gestores municipais no período de 2013-2016 / Rafaella da Silva Torres. - João Pessoa, 2020.
25 f. : il.

Orientação: André Luís Bonifácio de Carvalho Carvalho.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Instrumento de Gestão. 2. Planejamento. 3. SARGSUS. I. Carvalho, André Luís Bonifácio de Carvalho. II. Título.

UFPB/CCM CDU 614(043.2)

Elaborado por JOFRANY DAYANA PESSOA FORTE - CRB-677/15

RAFAELLA DA SILVA TORRES

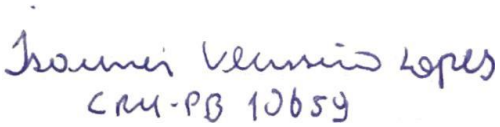
O USO DO SARGSUS NA PARAÍBA: Análise descritiva acerca da frequência e das relações entre a existência do Plano Municipal de Saúde e a rotatividade dos gestores municipais no período de 2013-2016

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a conclusão do curso de bacharelado em medicina do Centro de Ciências Médicas – CCM, da Universidade Federal da Paraíba.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovada em: 11/12/2021

Banca examinadora

Prof. André Luís Bonifácio de Carvalho (UFPB)
Orientador



Prof. Isaunir Veríssimo Lopes (UFPB)
Membro

Prof. Ernani Vieira de Vasconcelos Filho (UFPB)
Membro

João Pessoa - PB
2020

AGRADECIMENTOS

Chegando ao fim do ciclo mais intenso vivido até agora e não há palavras suficientes para expressar a minha alegria e gratidão. Durante esse percurso fui presenteada com pessoas incríveis que tornaram minha caminhada mais leve e isso foi insubstituível.

Inicialmente, o meu muito obrigado a Papai do Céu, que foi meu refúgio em tempos de angústia, foram muitos, minha esperança em momentos de medo e minha paz na tempestade.

Mainha e painho, vocês sempre fizeram de tudo para me oferecer educação e construir um caráter de honra em mim. Sei que as dificuldades foram incontáveis, mas vocês sempre acreditaram e torceram pela minha vitória. Nunca terei como agradecer de forma compatível, sou imensamente grata a vocês.

À minha segunda família, Hellysson, Maria José e Tia Graça, obrigada por torcerem por mim e por sempre me ajudarem com o que estava ao alcance de vocês.

E durante esses longos anos meu grupo foi incrível, foram muitas risadas e revisões antes das temidas provas. Obrigada Cecília, Helena, Brendo, Layla e Pablo, vocês serão excelentes médicos e terão, sem dúvidas, um futuro brilhante e abençoado.

Professor André Luís Bonifácio de Carvalho, um profissional exemplar e que me orientou neste trabalho de forma excepcional. Obrigada pela paciência e dedicação ao aceitar ser meu orientador.

Aos demais familiares, amigos e professores que sempre me incentivaram, minha eterna gratidão.

RESUMO

O SARGSUS é um sistema de apoio ao relatório de gestão do SUS, que se configura como um importante instrumento de gestão e planejamento em Saúde pública. Foi criado com o objetivo de solucionar a falha em relação a produção, a qualidade e ao atraso na entrega dos Relatórios de Gestão por meio da ParticipaSUS em 2008. Esse sistema permite a interligação dos instrumentos de planejamento do SUS de forma mais eficaz, garantindo transparência das informações. Sendo assim, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a situação, alimentação, frequência e sincronia dos processos de preenchimento do SARGSUS na Paraíba**.** Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter descritivo, fazendo uso de dados secundários, oriundos do preenchimento do SARGSUS, os quais serão organizados, classificados e analisados por meio da construção de tabelas, gráficos e mapas utilizando-se o Excel. Sendo assim o universo da pesquisa será a totalidade dos municípios paraibanos, ou seja 223, divididos em 16 regiões de saúde nos anos de 2013 a 2016, o que compreende um ciclo de gestão. Ao finalizar a pesquisa, frente aos resultados obtidos, fica patente o descompasso na produção destes instrumentos no que tange ao período de estudo na Paraíba, sendo necessário um maior aprofundamento para identificação dos desafios e perspectivas para a construção de agendas capazes de auxiliar na qualificação dos processos e práticas no âmbito da gestão do SUS.

Palavras-chave: Instrumento de Gestão, planejamento, SARGSUS.

ABSTRACT

SARGSUS is a support system for SUS management report, which is an important public health planning and management tool. It was created with the objective of solving the failure regarding production, quality and delay in the delivery of Management Reports through ParticipaSUS in 2008. This system allows the interconnection of SUS planning instruments more effectively, guaranteeing transparency of information. Therefore, the present research has as objective to analyze the situation, feeding, frequency and synchrony of the processes of filling SARGSUS in Paraíba. This is an exploratory research of a descriptive nature, making use of secondary data from the SARGSUS, which will be organized, classified and analyzed through the construction of tables, charts and maps using Excel. Thus, the research universe will be the totality of municipalities in Paraíba, that is, 223, divided into 16 health regions in the years 2013 to 2016, which includes a management cycle. At the end of the research, in view of the results obtained, it is evident the lack of production of these instruments in relation to the period of study in Paraíba, and a greater depth is needed to identify the challenges and perspectives for the construction of agendas capable of assisting in the qualification of processes and practices within the scope of SUS management.

Key words: Management Instrument, planning, SARGSUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 8
1.1 Abordagem sobre gestão e planejamento em saúde 8
1.2 Aspectos dos instrumentos de planejamento 10
1.3 O Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS): Desenvolvimento e aspectos da funcionalidade e finalidade 12
2. MÉTODO 16
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO 18
3.1 Da existência de Planos Municipais de Saúde (PMS) 18
3.2 Situação da presença dos Planos Municipais de Saúde, no tocante as regiões de saúde, análise comparativa entre 2014 e 2016 18
3.3 Da Rotatividade dos Gestores Municipais 20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 24
REFERÊNCIAS 25

1. INTRODUÇÃO

1.1 Abordagem sobre gestão e planejamento em saúde

Segundo Paim (2013) a gestão em saúde pode ser reconhecida como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionada ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde.

Nessa perspectiva, a noção de gestão se aproxima da proposta de administração estratégica, na qual podem ser valorizados os componentes vinculados à distribuição dos diferentes tipos de poder em saúde e à construção de viabilidade das intervenções desenhadas. (OPS/OMS, 1992)

De acordo com Campos (2016), as funções tradicionais de gestão são: direção-gerência (comando, coordenação, papel executivo), de planejamento (concepção sobre o que faz e como se faz) e de controle (acompanhamento e orientação dos processos de trabalho). Neste caso, é essencial o diálogo de macro processo com o território; com sensibilidade para chegar aos micro-processos, onde todos os técnicos participem ativamente da tomada de decisão.

Para Giovanella e Lobato (2008), gestão é uma função de organizar e estruturar a prestação de ações e serviços nos sistemas de saúde. Portanto, envolve ações como traçar diretrizes, planejar, financiar e contratar serviços, estruturar a rede de serviços em distintos níveis, dimensionar a oferta, controlar e avaliar as ações. Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, profissionais ou empresas.

Santos e Andrade (2007) destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. Nesse arranjo de relações intergovernamentais, todos são co-titulares dos interesses da saúde e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única).

Carvalho ***et al***. (2012) afirma que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta aspectos da Lei 8080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Fica patente a responsabilidade dos gestores municipais, segundo Berretta ***et al.*** *(2011),* a orientação para a descentralização do sistema de saúde ocorrida a partir dessas leis iniciou-se por meio da formulação e instituição de instrumentos reguladores próprios. Neste contexto o planejamento no Sistema Único da Saúde destaca-se como uma função gestora que, além de requisito legal é um dos mecanismos importantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS, reiterado no Pacto pela Saúde e posteriormente pelo disposto no seu aprimoramento por meio do Decreto nº 7.508 (2011), que em seu Art. 15, destaca que o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Cabe destacar que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e segundo o decreto será indutor de políticas para a iniciativa privada, cabendo ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. CONASEMS, Manual do gestor municipal do SUS. (2019)

Os Art. 16, 17 e 18 do referido decreto destacam respectivamente que no planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional, sendo utilizado como método/ferramenta o Mapa da Saúde, para a identificação das necessidades de saúde orientando o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde e por fim destaca que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Decreto nº 7.509 (2011).

Cabe ainda destacar que no Art. 19, emerge a competência da Comissão Intergestores Bipartite – CIB no sentido de pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional. Decreto nº 7.509 (2011).

Por fim asseveramos que a inevitável mudança de ciclos da gestão do SUS precisa ser observada de forma sistemática, por caracterizar-se como um dos fatores que influem sobre o processo e em particular sobre as práticas de planejamento e a produção dos respectivos instrumentos, com destaque para os Relatórios de Gestão os quais buscamos estudar por meio do SARGSUS na Paraíba.

No que tange aos municípios, a Lei nº. 8.080 (1990), em seu artigo 18, afirma que cabe aos municípios, planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, como também participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), e em articulação com sua direção estadual participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho como também executar serviços.

Sendo assim no âmbito da gestão, fica evidente que as práticas de planejamento se constituem num carreador de responsabilidades, e de ações rumo a objetivos definidos previamente, onde devem ser previstas decisões em meio a situações diversas e impostas por circunstâncias que os gestores e as equipes que os assessoram muitas vezes não escolhem.

Considerando o processo normativo vigente, com destaque para a Portaria Nº 2.135, de 25 de Setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os órgãos de gestão do SUS, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estados de Saúde, a Secretaria de Estado do Distrito Federal e as Secretarias Municipais de Saúde devem planejar de acordo com as prioridades loco-regionais, explicitando orçamentos necessários para execução das ações e serviços de saúde.

1.2 Aspectos dos instrumentos de planejamento

Para Merhy (1998) o planejamento faz parte da vida do homem pelo menos em 3 situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, pois nesta ocorre processo de trabalho; como prática transformadora determinando assim novas relações sociais; e como método de ação governamental, tendo em vista a elaboração de políticas.

O planejamento é considerado também como um modo de explicitação do que vai ser realizado, precisando ser identificado quando, onde, como, com quem e para que será realizado. Nesta lógica, o planejamento é um compromisso com a ação, a arte de fazer escolhas e de construir planos para favorecer um processo de mudança.

O Planejamento no Sistema Único da Saúde é uma função gestora que, um dos mecanismos importantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Portanto, o processo de elaboração do planejamento deve considerar o estabelecido na Lei nº 8.080 (1990), onde está explícito no Cap. III que o planejamento e orçamento do SUS será ascendente do nível local até o Federal, serão ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, estados e União.

Destacasse mais recentemente o Decreto n° 7.508 (2011) e da Lei Complementar n° 141 (2012), que reforçam o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais, determinando assim a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento dos instrumentos de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS.

Sendo assim, o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão são instrumentos para o planejamento e gestão no âmbito do SUS, que devem se articular compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Portanto, no processo de planejamento do SUS, as diretrizes, objetivos, metas e indicadores pactuados precisam estar postos nos Plano Municipal de Saúde, na Programação Anual de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão, aspecto reforçado no capítulo I, da Portaria de Consolidação nº 1 (2017) que mais recentemente defini os instrumentos conforme disposto no quadro 01 abaixo.

Quadro I: Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS

Instrumentos	**Considerações**
Plano Municipal de Saúde (PMS)	É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no setor saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Estabelece os compromissos do governo para o setor saúde e a partir da análise situacional, identifica as necessidades de saúde da população e singularidades de cada

	esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão com execução a partir do segundo ano em curso. Norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde, e esta compreensão serve tanto para os Planos de Saúde, como para as Programações Anuais de Saúde (PAS).
Programação Anual de Saúde (PAS)	É um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever alocação de recursos orçamentários que serão executados. Deve conter as ações que contribuem para ao alcance dos objetivos e metas do Plano, as metas anuais para cada ação específica, os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	O RAG constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Deve contemplar os seguintes elementos constitutivos: as diretrizes, os objetivos e as metas do Plano de Saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na Programação Anual de Saúde; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a análise da execução da Programação Anual de Saúde, a partir das ações, metas e indicadores; e as recomendações para a Programação do ano seguinte e para eventuais ajustes no Plano de Saúde vigente. O RAG deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente, sendo que compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, o envio dos seus Relatórios de Gestão aos respectivos Tribunais de Contas, devendo guardá-los pelo prazo estabelecido na legislação em vigor.

Fonte: CONASEMS, Manual do gestor municipal do SUS. (2019)

1.3 O Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS): Desenvolvimento e aspectos da funcionalidade e finalidade

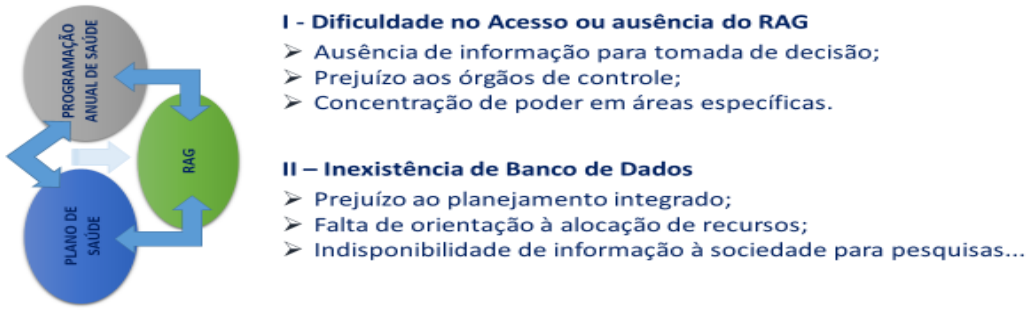
O Sistema Anual de Apoio à Construção do Relatório de Gestão no SUS (SargSUS) é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o CONASS e CONASEMS, e tem o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde. Portaria nº 575 (2012).

Essa ferramenta propiciou aos gestores estaduais e municipais a construção do Relatório Anual de Gestão. O SargSUS foi instituído e regulamentado no âmbito do SUS por meio da Portaria nº 575/2012 do Ministério da Saúde. Pactuado em 15 de dezembro de 2011 na Comissão Intergestores Tripartite - CIT, a regulamentação do uso do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), instituiu sua obrigatoriedade como ferramenta eletrônica de elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), no âmbito do SUS. Portaria nº 575 (2012).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 575 de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde (2012).

Porém vale destacar que a situação do envio destes instrumentos aos conselhos de saúde sempre foi identificado como um problema, conforme destacado na Figura 1, seja pela qualidade da sua produção e/ou o atraso na entrega dos mesmos, ou mesmo pela rotatividade dos gestores, o que fez com que o Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no âmbito da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS, desenvolvesse no ano de 2008, um processo de monitoramento do Relatório Anual de Gestão (RAG) do SUS, para estados e municípios e, viabilizando a criação do SARGSUS, possibilitando o apoio na produção, monitoramento e avaliação dos RAG´s. Ministério da saúde (2008).

Figura 1: Caracterização da Situação Anterior – O problema



Fonte: Carvalho ALB 2014.

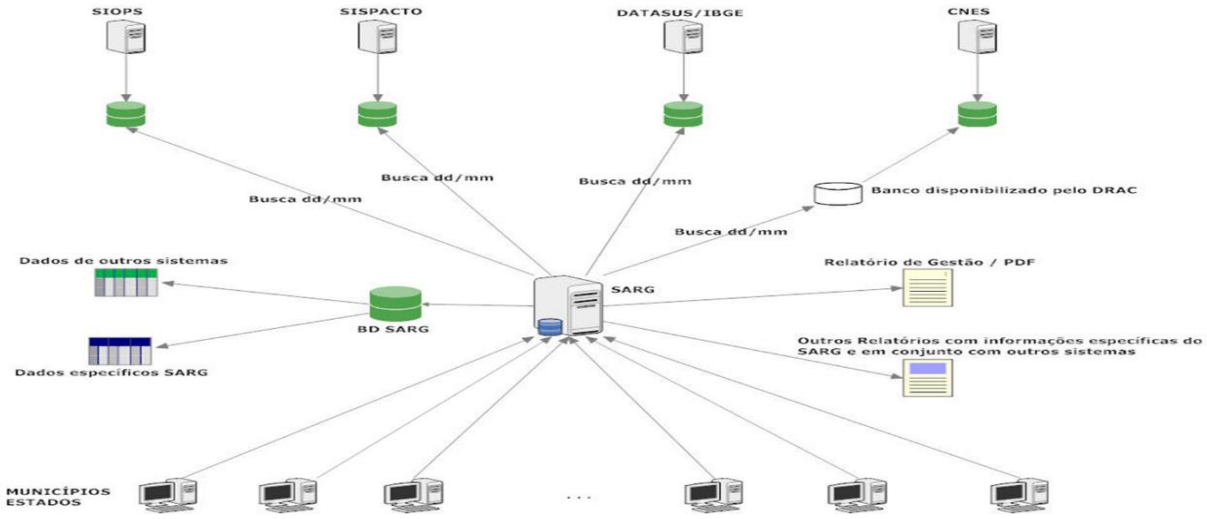
Sendo assim, o SARGSUS configurou-se como um importante instrumento de gestão e planejamento, que foi criado com o objetivo de subsidiar os gestores e conselheiros de saúde em relação a produção, qualidade e processamento dos Relatórios de Gestão, o sistema permitiu a interligação dos instrumentos de planejamento do SUS de forma mais eficaz, garantindo transparência das informações.

A obrigatoriedade de preenchimento e acesso do sistema está disposta no ACÓRDÃO Nº 1459/2011 do Tribunal de Contas da União (TCU). Com destaque para os itens :

"9.1.1. instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios; e 9.1.2. permitir o acesso aos relatórios de gestão registrados no SARG-SUS por qualquer cidadão via rede mundial de computadores. " Tribunal de contas da União (2011).

O sistema apresenta um conjunto de telas que trazem dados de vários sistemas de informações na forma de tabelas e gráficos já prontos. Esses dados migrados de várias bases nacionais não podem ser alterados, conforme disposto na figura 2. Alguns campos permitem a

inserção de resultados alcançados e/ou de análises e considerações. Os perfis de acesso determinam quais campos podem ser editados ou visualizados. Além disso, arquivos, como Plano de Saúde ou planilhas, podem ser facilmente anexados conforme disposto na Figura 2:



Fonte: SGEP (2014)

A criação do SARGSUS teve como objetivo auxiliar os gestores no alcance dos compromissos expressos e pactuados nas normas do SUS, por meio da disponibilização de uma ferramenta eletrônica que facilita a elaboração, por parte dos gestores, e o envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao conselho de saúde, além de gerar uma base de dados com as informações que servem de fonte para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão.

Pode-se destacar como vantagem do SARGSUS a articulação das ações dos diversos setores da Secretaria de Saúde na elaboração do Relatório de Gestão; integração das informações existentes em bases de dados distintas da Secretaria de Saúde; indução no que diz respeito à ação articulada entre os instrumentos de planejamento; melhoria na oportunidade da tomada de decisão em razão da agilidade das informações e com base em evidência apresentada por indicadores de saúde. O SARGSUS esteve disponível pelo endereço eletrônico: *www.saude.gov.br/sargsus***,** para qualquer cidadão e acessível ao gestores até meados de 2018, tendo sua utilização interrompida e em seu lugar ter sido ofertado o DIGISUS que ainda está em fase de implantação. Ministério da Saúde (2018).

Sendo assim, a pesquisa realizada teve como objetivo analisar a existência dos Planos Municipais e a rotatividade dos gestores por meio do acesso ao SARGSUS na Paraíba e sua

possível relação, nos anos de 2013 a 2016, caracterizando o último ciclo de quatro anos de gestão pós a promulgação da Lei Complementar 141/2012, tendo como base as dezesseis regiões de saúde.

2. MÉTODO

O SARGSUS foi a base para elaboração da pesquisa, sendo de acesso livre via site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), onde buscamos estudar o processo de adesão e preenchimento do sistema por parte dos municípios Paraibanos no período de 2013 a 2016, que caracteriza um ciclo de gestão e a fase pós promulgação da Lei 141/2012. Com isso, o universo da pesquisa foram as 16 regiões de saúde do estado da Paraíba, totalizando 223 municípios.

Realizamos uma pesquisa exploratória de caráter descritivo, fazendo uso de dados secundários, oriundos do preenchimento do SARGSUS, os quais foram organizados, classificados e analisados por meio da construção de tabelas, gráficos e mapas utilizando-se o Excel.

Para melhor embasamento teórico do trabalho fizemos um levantamento normativo dos dispositivos intergestores e leis ordinárias que versam sobre o tema, como o levantamento bibliográfico sobre trabalhos feitos tendo como base experiências de aprimoramento da gestão do SUS vinculadas a construção dos relatórios de gestão entre os anos de 2011 e 2017, período no qual foram realizados um conjunto de mudanças na pactuação interfederativa e no processo jurídico-político do SUS, com o advento do Decreto nº 7508 (2011) e a Lei Complementar nº 141 (2012).

Entre os quatro anos de análise, os anos de 2014 e 2016 foram utilizados como parâmetros para o estudo, pois apresentaram maior presença do Plano Municipal de Saúde (PMS) e porcentagem de Relatório de Gestão Anual (RAG) entregues. Para tal, os principais objetivos da pesquisa foram a análise da existência do PMS, a leitura da performance por região de saúde e uma leitura sobre a rotatividade dos gestores, conforme o quadro 02 abaixo.

Quadro II: Características dos componentes de análise

Componentes de Análise	Características
Existência de Planos nos anos de 2014 e 2016	Percentual de PMS com base na contagem dos instrumentos na base do Sargsus nos anos de 2014 e 2016.
Plano de Saúde por Regiões de Saúde	Evolução da performance dos municípios por região de saúde configurando em três situações distintas: manutenção, quando o percentual permaneceu inalterado, redução se houve decréscimo e crescimento quando houve aumento no percentual de entrega nos PMS em comparativo com o ano de 2014 e 2016.

Rotatividade dos Gestores	Para o estudo da rotatividade foram analisados os 223 municípios paraibanos distribuídos por região de saúde, nos anos de 2014 e 2016 como base, nas leituras dos RAG's, com a identificação do nome dos gestores de saúde nos mesmos nos dois períodos. Para a construção da análise foram trabalhados os seguintes aspectos: Municípios com rotatividade no período estudado – SIM (1); Municípios sem rotatividade no período estudado – NÃO (2) Municípios sem – SEM INFORMAÇÃO (3); Somatória de todos os municípios, (4) Soma dos municípios com e sem rotatividade dos gestores – CI (5), Porcentagem dos municípios que passaram por rotatividade em relação a sua soma com os que não passaram por rotatividade – SIM STD (6)

Fonte: Próprio autor

Através disso, foi realizada a observação dos PMS nos 223 municípios paraibanos, nos anos de 2014 e 2016. Para obtenção dos dados referentes a rotatividade dos gestores, foi necessário estudar os RAGs, para então realizar o comparativo entre os anos de 2014 e 2016 e observar a quantidade de municípios por região de saúde com rotatividade ou permanência dos seus respectivos gestores.

Tal pesquisa foi realizada no período de 2017-2018 como Projeto de Iniciação Científica pela Universidade Federal da Paraíba. Por nome: "Análise da utilização do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS – SARGSUS na Paraíba, no período de 2013 – 2016: Desafios e perspectivas para o novo ciclo de gestão" e com código PIC9171-2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

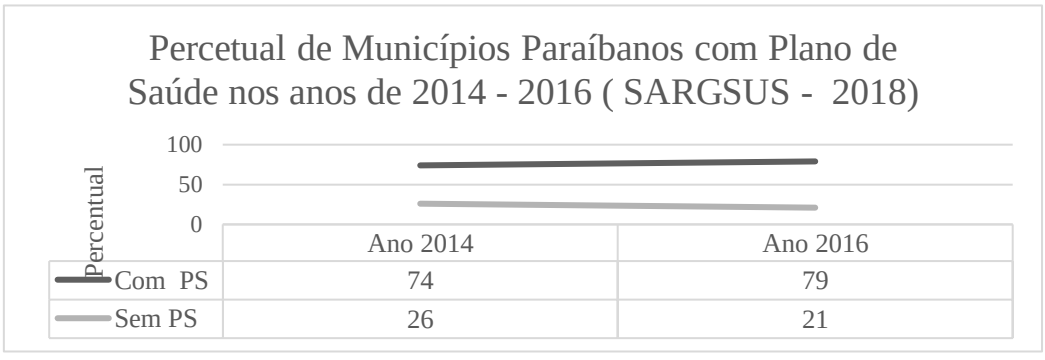
3.1 Da existência de Planos Municipais de Saúde (PMS)

Quanto a análise da existência de Planos Municipais de Saúde (PMS) utilizamos o ano de 2014 e 2016 como base, como discutido acima, o PMS tem por obrigação ser apresentado até março do primeiro ano de governo, tendo validade de quatro anos, sendo colocado em prática do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo, e sabemos que o ciclo de gestão estudado foi do ano de 2013 ao ano de 2016. CONASEMS (2019). Sendo assim, foi optado pelo ano de 2014 por ser o segundo ano da gestão estudada e 2016 por ser o último.

Verificamos que no ano de 2014, 74% dos municípios paraibanos apresentavam PMS, sabendo-se que 2014 foi o segundo ano da gestão e consequentemente os Planos Municipais de Saúde deveriam estar sendo postos em prática, gera um dado alarmante. Ao analisar o ano de 2016, configurado como último ano do ciclo, houve um acréscimo de 5% na totalidade dos 223 municípios, resultando em 79% com a presença do PMS, conforme gráfico 1 abaixo.

Em suma, entende-se a fragilidade da entrega dos PMS e a preocupante realidade, visto que ao fim de um ciclo de gestão, menos de 80% dos municípios apresentavam PMS. Isso gera diversos obstáculos e barreiras para o processo de planejamento do SUS.

Gráfico 1: Frequência dos municípios da Paraíba, com Plano Municipal de Saúde nos anos de 2014 e 2016.



Fonte: SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão), 2018. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/

3.2 Situação da presença dos Planos Municipais de Saúde, no tocante as regiões de saúde, análise comparativa entre 2014 e 2016

A configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203 (2011), atualizada pela Resolução CIB nº 13 (2015) organiza o estado em 16 regiões de saúde distribuídas em 04 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios. A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde; a segunda com sede em Campina Grande é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde; a terceira com sede em Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde; e a quarta, com sede em Sousa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde.

Para trabalhar com os dados obtidos categorizamos as 16 regiões de saúde em três situações distintas, como seja: manutenção, redução e crescimento, conforme descrito na metodologia e dispostos na tabela 1.

Tabela 1 - Existência de Planos Municipais de Saúde dos municípios da Paraíba, no período de 2014 e 2016, da 1ª a 16ª Regiões de Saúde.

REGIÃO DE SAÚDE	%COM PMS (2014)	%COM PMS (2016)	% de crescimento	SITUAÇÃO
Primeira	85	85	**_**	**Manutenção**
Segunda	96	96	**-**	**Manutenção**
Terceira	83	66	**- 20%**	**Redução**
Quarta	52	100	**+ 92%**	**Crescimento**
Quinta	39	50	**+ 28%**	**Crescimento**
Sexta	79	66	**- 16%**	**Redução**
Sétima	72	83	**+ 15%**	**Crescimento**
Oitava	71	90	**+ 26%**	**Crescimento**
Nona	60	80	**+ 33%**	**Crescimento**
Décima	66	66	**-**	**Manutenção**
Décima primeira	85	100	**+ 17%**	**Crescimento**
Décima segunda	50	71	**+ 42%**	**Crescimento**
Décima terceira	100	83	**- 17%**	**Redução**
Décima quarta	63	81	**+ 28%**	**Crescimento**
Décima quinta	78	78	**-**	**Manutenção**

Décima sexta	71	71	-	**Manutenção**

Fonte: SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão), 2018. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/

Dentre as 16 regiões de saúde cinco permaneceram em estado de manutenção dos seus percentuais de PMS entregues em comparação ao ano de 2014 e 2016, sendo elas: a primeira com 85%, a segunda com 96%, a décima com 66%, décima quinta com 78% e décima sexta com 71%. Já a terceira, sexta e décima terceira região obtiveram redução no percentual de planos municipais de saúde entregues. Com destaque a terceira região com decréscimo de 20% em comparativo ao ano de 2014 e 2016.

Uma totalidade de 8 regiões apresentaram crescimento em seus dados, com destaque para a quarta e a décima primeira. A quarta região de saúde evoluiu de 52% em 2014 para 100% no ano de 2016, como também a décima primeira que apresentou 85% em 2014 e 100% em 2016.

Em que pese a informação de não ter plano inserido no SARGSUS, não significar a inexistência do instrumento, mas tendo em vista este ter sido até 2016 o sistema para registros dessas informações, preocupa tanto as situações inerentes a manutenção do percentual entre os períodos, quanto a sua redução, pois para o primeiro caso denota uma estagnação no processo de apresentação e/ou produção do instrumento e no segundo uma situação a ser pesquisada pois que tinha na fase 1(2014) deixou , por algum motivo de apresentar na fase 2 (2016) , ou seja retirou da base, dando uma falsa impressão de redução de planos de saúde.

Esta situação ganha um reforço nos achados de Overney (2019) que afirma, no que diz respeito aos desafios vinculados ao processo de planejamento, destaca-se a qualificação das equipes gestoras municipais para prática do planejamento em saúde (66%) como prioridade nacional, com resultados homogêneos em termos regionais.

A situação detalhada acima é um sinalizador que deve preocupar os gestores do SUS, pois a construção dos instrumentos de planejamento, em particular o PMS é uma responsabilidade precípua do secretário municipal de saúde, sobre a égide do Conselhos Municipal de Saúde.

3.3 Da Rotatividade dos Gestores Municipais

Para o estudo da rotatividade dos gestores municipais foi analisado os 223 municípios paraibanos distribuídos em suas 16 regiões de saúde, nos anos de 2014 e 2016 como base, na

leituras dos RAG's, com a identificação do nome dos gestores de saúde nos dois períodos, 2014 e 2016.

Para Ouverney,. ***et al***, (2019), cabe destacar que grande rotatividade dos gestores municipais leva a diversas fragilidades no nosso Sistema Único de Saúde, gerando o impedimento da continuidade do trabalho desses importantes atores da saúde pública. Sendo imprescindível a suplantação das diversas barreiras para que os secretários de saúde e suas equipes prossigam em desempenhar seu papel. Isso ocorre pois ao sofrer rotatividade novos gestores assumem os postos, possuindo perfis e visões distintas do seu antecessor e por muitas vezes descontinuando projetos e trabalhos que levariam a melhoria da saúde pública municipal.

Ainda citando Overney ***et. Al***, (2019) o perfil do gestor do SUS para o ciclo 2017-2020, revela dentre outras coisas inerentes a sua trajetória, o fato de que a maioria deles declara, em que pese sua experiência com relação ao desenvolvimento de práticas e processos, destacasse a situação dos mesmos em não ter experiência prévia como gestores municipais, fato que pode ser um condicionador dos aspectos da rotatividade, porém esse é um faro a ser melhor explorado.

Em destaque temos a 1ª região com o maior índice de mudança de gestão chegando a 50,0% de rotatividade seguida pela 5ª com 45,5% e pela 3ª região de Saúde com 40,0% de rotatividade. O menor índice de rotatividade encontrado no estudo pertenceu a 8ª região de saúde com 0% de rotatividade.

Tabela 2 - Rotatividade dos Gestores Municipais, tendo como base a existência dos relatórios nos anos de 2014 e 2016, da 1º a 16ª Regiões de Saúde.

REGIÃO DE SAÚDE	SIM (1)	NÃO (2)	SEM INF (3)	TOTAL (4)	CI (5) (1+2)	SIM STD(6) (1/5)
Primeira	4	4	6	14	8	50,0
Segunda	3	8	14	25	11	27,3
Terceira	2	3	7	12	5	40,0
Quarta	2	4	6	12	6	33,3
Quinta	5	6	7	18	11	45,5
Sexta	3	9	12	24	12	25,0
Sétima	2	7	8	17	9	22,2

Oitava	0	4	6	10	7	00,0
Nona	1	4	10	15	5	20,0
Décima	1	4	4	9	5	20,0
Décima primeira	1	4	2	7	5	20,0
Décima segunda	4	2	8	14	6	66,7
Décima terceira	1	2	3	6	3	33,3
Décima quarta	3	3	5	11	6	50,0
Décima quinta	7	5	2	14	12	58,3
Décima sexta	2	5	8	15	7	28,6
TOTAL	41	74	108	223	115	35,7

Fonte: SARGSUS (Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão), 2018. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/

É importante frisar que houve um grande número de municípios sem apresentar RAG ou que mesmo apresentando–o, não havia o nome do gestor de saúde, sendo descrito na tabela 1 na categoria SEM INFORMAÇÃO. Dos 223 municípios, 108 apresentaram-se sem informação. Ao realizar um comparativo entre os municípios que tiveram troca de gestor entre 2014 e 2016 foi visto que em 35,7% houve alternância.

Em relação aos PMS entregues e a rotatividade dos gestores é possível observar que há correlação entre ambos. Observa-se como exemplo prático que a décima segunda região sofreu 66,7% de rotatividade e em 2016 71% dos seus municípios apresentaram o plano municipal. A quarta região teve 33,3% de rotatividade e apresentou 100% dos PMS em 2016. Tais dados necessitam de maior aprofundamento para então entender e definir a rotatividade dos gestores como fator dificultador para a entrega dos PMS.

Essa situação é destacada nos achados de Giovanella (2014), que afirma que a rotatividade de secretários de saúde, a baixa autonomia nas decisões executivas, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas partidárias na tomada de decisão são fatores que obstruem a comissão intergestores regional às demandas sociais, ficando explicito nesses espaços a ausência de grupos técnicos de caráter permanente, carência de instrumento regional de planejamento e investimento, a rotatividade dos secretários

de Saúde, notadamente a cada pleito municipal, comprometendo o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional.

Essas afirmativas permitem que possamos identificar aspectos que se correlacionam com o quadro identificado, que reforça a influência da rotatividade dos gestores sobre o processo de gestão do SUS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim da presente pesquisa, fica patente o descompasso na produção dos instrumentos de gestão em saúde no que tange ao período de estudo na Paraíba, sendo necessário um maior aprofundamento para identificação dos desafios e perspectivas para a construção de agendas capazes de auxiliar na qualificação dos processos e práticas no âmbito da gestão do SUS.

Sendo aparente que as Secretarias de Saúde encontram diversas dificuldades para produzir os seus PMS dentro dos prazos estabelecidos e que pode haver correlação com a rotatividade de seus gestores, visto que, a rotatividade implica diretamente na necessidade de reorganização dos processos de gestão, sendo que num município onde exista a constante ou recorrente troca de gestores pode haver não só a descontinuidade de projetos, como também, dificuldade de transição relacionada a um novo modelo de gestão proposto pelo novo gestor.

Tendo em vista a descontinuidade do uso do SARGSUS, e a não estruturação de um novo sistema que propicie uma leitura detalhada da situação, somado ao fechamento de mais um Ciclo de Gestão, se faz necessário mantermos o acompanhamento da produção e disponibilização desse instrumento de gestão, na perspectiva não só de termos uma visão numérica da situação, mas de sua qualidade e relação com os outros instrumentos a saber, programação anual e relatório de gestão e por fim procurar aprofundar mais, estudos que descrevam melhor os motivos inerente a rotatividade dos gestores, como forma de mapear e identificar estratégias que neutralizem as situação que se apresentem como inadequadas para o desenvolvimento das práticas gestores no SUS.

REFERÊNCIAS

Berretta, I.Q., Lacerda,,J.T., & Calvo, M.C.M. (2011, novembro) ***Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde***; Cader. Saúde Publ., Rio de Janeiro, RJ, Brasil, pp 2143-2154.

Brasil. (2011). ***ACÓRDÃO Nº 1459/2011*** – TCU – Plenário, Publicado no DOU nª 106, de 03 de junho de 2011, instituir a obrigatoriedade na alimentação do sistema SARG-SUS a estados e municípios e de outras providências.

Brasil. (2018). CONASEMS. Disponível em: *http://cosemspb.org/cir/*. Acesso em setembro de 2018.

Brasil. Governo da Paraíba. (2015). ***Resolução CIB/PB n 13/2015***. Paraíba, Brasil.

Brasil. http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action- Datasus: pagina de acesso ao SAGSUS.setembro -2018.

Brasil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990; dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. (2016). ***Manual de planejamento no SUS.*** 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde: 138 p.

Brasil. Ministério da Saúde. (1993). Sistema Único de Saúde. ***Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. NOB 01/93*.** Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (1997). ***Sistema Único de Saúde. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão***. NOB 01/96. Brasil: Ministério da Saúde;1997.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Sistema Único de Saúde. ***Regionalização da assistência a saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*.** Brasil: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011) Presidência da República. ***Decreto nº 7.508***, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasílua: DF.

Brasil. (2012) ***Presidência da república. Lei complementar nº 141***, de 13 de janeiro de 2012. Brasília: DF.

Campos, G.W.S. (2006). **Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** In: CAMPOS et al. (Org). Trabalho em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz. P. 53-92.

Carvalho ALB et al. (2012) **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):901-911.

CONASEMNS. (2019). **Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS: "Diálogos no cotidiano"**. [Manual]. Rio de Janeiro.

Giovanella L; Lobato LVC. Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica. In: Giovanella L;Escorel S; Lobato LVC;Noronha JC; Carvalho AI (organizadores). (2008) ***Política e Sistemas de Saúde no Brasil*.** Editora Fiocruz/Cebes; 107-140.

Giovanella L; Santos AM. (2014). ***Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde.*** Rev Saúde Pública. Bahia, Brasil.

Merhy, E. E. (1994) ***Razão e Planejamento***. 1ª ed., São Paulo, Ed. HUCITEC, p.118.

Ouverney, A. et al. (2019). ***Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o ciclo de gestão 2017 – 2020.*** Saúde debate. Rio de Janeiro, V. 43, N. especial 7, P. 75-91. Disponível em: *https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019001200075&script=sci_arttext*. Acesso: 05.11.2020.

Paim,J. S. (2003). ***Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS***; Ciênc. Saúde Colet., vol.8 no.2 Rio de Janeiro.

Santos L, Andrade MOL. (2007) ***SUS: O espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.*** Campinas: CONASEMS-IDISA.