

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS DA 12ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-RS**

ARTIGO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CAMILA JERUSA POERSCH GOTTARDO

Três de Maio, RS, Brasil

2015

**AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS DA 12^a
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-RS**

CAMILA JERUSA POERSCH GOTTARDO

Artigo apresentado ao Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde, da UFSM/CESNORS,
como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão de Organização
Pública em Saúde.**

Orientador: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

Três de Maio, RS, Brasil

2015

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte do RS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Artigo de Conclusão de Curso

AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS DA 12ª
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-RS

elaborada por
Camila Jerusa Poersch Gottardo

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rafael Marcelo Soder, Dr.
(Presidente/Orientador)

Isabel Cristina Pacheco Van Der Sand, Dra.

Loiva Beatriz Dallepiane, Dra.

Três de Maio, 11 de dezembro de 2015.

AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DE MUNICÍPIOS DA 12ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE-RS

Camila Jerusa Poersch Gottardo¹

Rafael Marcelo Soder²

RESUMO

O planejamento em saúde tem sido apontado como fundamental na esfera da gestão, oferecendo suporte para a tomada de decisão de forma consciente, racional e padronizada. Dentre desse contexto, objetivou-se conhecer os dados oriundos dos instrumentos de gestão dos municípios da 12ª CRS no período de 2012 a 2015. A metodologia adotada sustenta-se na pesquisa descritiva exploratória. As informações foram obtidas por meio da análise do Relatório Anual de Gestão, Programação Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde, disponíveis no Sistema Sargsus. Ao final do processo, constatou-se que há muitas deficiências e fragilidades nos planos de saúde analisados, bem como falta de entendimento da importância dos instrumentos de gestão, sendo necessária a instituição de uma cultura de planejamento no setor da saúde. Cabe aos gestores repensar sobre o uso dos instrumentos de gestão, bem como aperfeiçoamento destes aplicados à realidade e necessidades dos diversos municípios.

Palavras chaves: SUS, Gestão em Saúde, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The health planning has been showed as fundamental in the sphere of management, providing support for making a conscious, rational and standardized decision. Among this context, the objective was to know the data from the management tools from municipalities of the 12th CRS from 2012 to 2015. The methodology is sustained in the exploratory descriptive research. The information was obtained by analyzing the Management Annual Report, Annual Programming of Health and Municipal Health Plan, available in Sargsus system. At the end of the process, it was found that there are many deficiencies and weaknesses in health plans analyzed, as well as a lack of understanding of the importance of management tools, requiring the establishment of a culture of planning in the health sector. It is up to managers to rethink the use of the management tools, as well as improvement of these applied to the reality and needs of the different municipalities.

Key words: SUS, Health Management, Health Planning.

INTRODUÇÃO

O planejamento dos sistemas e serviços de saúde, bem como os instrumentos derivados deste processo, constituem importante apoio na elaboração das políticas de saúde e fortalecimento do SUS (ALMEIDA; SOUZA, 2013). Nesse âmbito, o planejamento tem a função de direcionar as ações com o intuito de alcançar resultados previamente definidos (VIEIRA, 2009). Além disso, deve ser produzido a partir da articulação entre diversos atores: gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários (REISDORFER et al., 2012).

O planejamento tem sido reconhecido como prática de gestão do SUS, que permite a definição e organização de objetivos e ações, bem como possibilita o acompanhamento, controle dos gastos e avaliação de resultados obtidos (LACERDA et al., 2012). Também pode auxiliar na organização de intervenções de saúde aplicadas às necessidades e peculiaridades locais (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Este reconhecimento fica consolidado com a criação de um sistema próprio, o Sistema de Planejamento do SUS (Planejasus), por meio da Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos de planejamento, de modo a auxiliar a gestão do sistema e direcionar as ações e os serviços de saúde indispensáveis à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2006). Dentre os instrumentos básicos do Planejasus, pode-se destacar: o Plano Municipal de Saúde (PMS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (REISDORFER et al., 2012). Estes devem ser submetidos e apreciados pelo Conselho Municipal de Saúde, apresentando clareza e objetividade, englobando a efetiva participação dos usuários, através do controle social e possibilitando o entendimento de gestores, técnicos, profissionais da saúde e da sociedade (ALMEIDA; SOUZA, 2013).

O plano de saúde é um instrumento central de planejamento, sendo base para definição e implementação de todas as iniciativas no campo da saúde, estabelecendo intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos. E este deve ser elaborado tendo por base a análise situacional, as necessidades de saúde e as peculiaridades específicas de cada esfera. Além disso, o PMS define objetivos, diretrizes e metas, também prevendo financiamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) apresenta correlação entre as metas, os resultados obtidos e recursos utilizados que, divulgados, contribuem para a visibilidade da gestão e controle social. Inclusive, este instrumento demonstra a aplicação de recursos repassados aos fundos de saúde, sendo inseparável do Plano Municipal de Saúde e de suas programações, indicando redirecionamentos, se necessários. Desta forma, permite o acompanhamento financeiro e a análise do funcionamento dos serviços, devendo ser compatível com os demais instrumentos de gestão, Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BRASIL, 2009).

Já, a Programação Anual de Saúde (PAS) tem como propósito determinar conjunto de ações que possibilitam alcançar os objetivos e o cumprimento de metas expressos no plano de saúde, estabelecendo metas anuais e a previsão financeira devida (BRASIL, 2008).

É importante e necessária uma análise e avaliação profunda do processo de planejamento da saúde que ocorre em nível local, cuja eficácia está condicionada à identificação dos problemas de forma clara, ao conhecimento das necessidades de saúde e da realidade da população. A discussão do planejamento, como uma série de estratégias para gestão dos sistemas de saúde, é desafiadora. Nesta perspectiva, traçou-se como objetivo deste estudo conhecer os dados oriundos dos instrumentos de gestão dos municípios da 12ª CRS no período de 2012 a 2015. Para buscar-se tal objetivo delineou-se a seguinte questão de pesquisa: Os instrumentos de gestão estão sendo executados em municípios pertencentes à 12ª CRS?

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória, de acordo com as definições de Tobar e Yalour (2003), com análise de dados secundários públicos, através de acesso online ao Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão (SARGUS), divulgado pelo site: www.saude.gov.br/sargsus, em setembro de 2015.

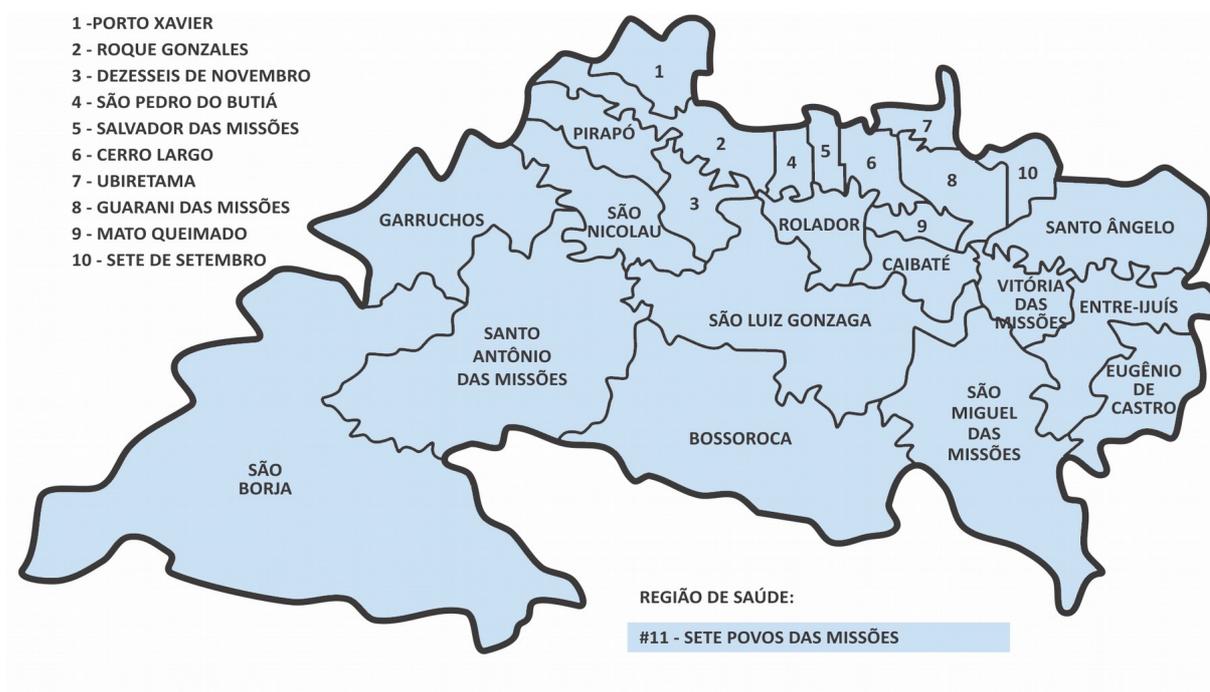
No presente estudo, analisaram-se os três principais instrumentos de avaliação da gestão de vinte e quatro municípios do estado do Rio Grande do Sul, pertencentes à 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, com representação cartográfica na figura 1. Compõe os municípios da 12ª CRS: Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto

Xavier, Rolador, Roque Gonzales, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja, São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama e Vitória das Missões. A partir desta análise, foi definida uma amostra de estudo representativa, composta por oito municípios, obtida a partir de sorteio realizado aleatoriamente, representando 33,3% do total de municípios, sendo identificados por números para preservar identidades, devido a questões éticas, os quais são analisados quanto à presença de variáveis no Plano de Saúde 2014-2017.

Foram utilizados dados dos instrumentos de gestão, aplicados ao Microsoft Excel para confecção de tabelas, no período de 2012 a 2015, verificando-se que apresentam recorte temporal diferente, em virtude da disponibilidade de informações do sistema Sargsus e, especificamente, foram avaliadas variáveis relativas ao Plano Municipal de Saúde, correspondente ao período de 2014 a 2017.

Realizou-se a análise da situação do Relatório Anual de Gestão, quanto a ter sido aprovado pelo Conselho de Saúde, aprovado com ressalvas, não aprovado, solicitado ajustes, em apreciação ou sem informação; em relação à Programação Anual de Saúde é feita análise de sua existência ou não e da sua situação (se foram aprovadas ou não aprovadas pelo Conselho, com o número da resolução e respectiva data de aprovação); situação dos municípios quanto à vigência do Plano Municipal de Saúde, existência de PAS 2015, e situação dos Relatórios Anuais de Gestão de 2013 e 2014, quanto ao envio ao Conselho de Saúde. Também buscou-se identificar as seguintes variáveis nos PMS de oito municípios: 1) descrição das características gerais do município (abrangendo demografia, dados socioeconômicos, infraestrutura e educação); 2) análise da situação epidemiológica; 3) análise da estrutura e funcionamento dos serviços de saúde; 4) objetivos; 5) diretrizes; 6) metas; 7) indicadores de monitoramento; 8) participação social na elaboração e 9) aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Tais variáveis foram definidas e adaptadas a partir do referencial da Portaria 3.332/2006 e Saliba et al. (2013).

Os instrumentos de gestão foram analisados observando o atendimento à legislação referente: Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, Portaria 3.176/GM/MS de 24 de dezembro de 2008 e Portaria 3.332/GM/MS de 28 de dezembro de 2006.



Fonte: SES/RS (2015).

Figura 1: Localização geográfica da região de saúde 11.

População: 286.248 (Censo 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista o foco deste estudo, que é voltado à análise da execução dos instrumentos de gestão de municípios da 12ª CRS, na sequência são apresentadas tabelas que permitem a visualização da situação do Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício 2012 (tabela 1); situação do Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício de 2013 (tabela 2); situação do Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício 2014 (tabela 3). A tabela 4 demonstra a situação da Programação Anual de Saúde 2013, a tabela 5 apresenta a situação da Programação Anual de Saúde 2014 e a tabela 6, a Programação Anual de Saúde 2015. E, a tabela 7 ilustra a situação dos municípios quanto à existência de PMS vigente, PAS 2015 e RAG 2013 e 2014. Por fim, a tabela 8 retrata a análise das variáveis do Plano de Saúde 2014-2017 de oito municípios da 12ª CRS.

Tabela 1: Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício 2012 - Região 11-Sete Povos das Missões.

SITUAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2012						
Município	Aprovado	Aprovado com ressalvas	Não aprovado	Solicitado ajustes	Em apreciação pelo Conselho de Saúde	Sem informação
Bossoroca	X					
Caibaté	X					
Cerro Largo		X				
Dezesseis de Novembro		X				
Entre-Ijuís	X					
Eugênio de Castro	X					
Garruchos		X				
Guarani das Missões	X					
Mato Queimado	X					
Pirapó	X					
Porto Xavier	X					
Rolador	X					
Roque Gonzales	X					
Salvador das Missões	X					
Santo Ângelo	X					
Santo Antônio das Missões	X					
São Borja	X					
São Luiz Gonzaga	X					
São Miguel das Missões	X					
São Nicolau	X					
São Pedro do Butiá	X					
Sete de Setembro	X					
Ubiretama	X					
Vitória das Missões	X					
TOTAL	21	3	0	0	0	0

Fonte:SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 2: Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício 2013- Região 11- Sete Povos das Missões.

SITUAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2013						
Município	Aprovado	Aprovado com ressalvas	Não aprovado	Solicitado ajustes	Em apreciação pelo Conselho de Saúde	Sem informação
Bossoroca	X					
Caibaté	X					
Cerro Largo	X					
Dezesseis de Novembro	X					
Entre-Ijuís	X					
Eugênio de Castro	X					
Garruchos						X
Guarani das Missões	X					
Mato Queimado	X					
Pirapó	X					
Porto Xavier					X	
Rolador	X					
Roque Gonzales	X					
Salvador das Missões	X					
Santo Ângelo			X			
Santo Antônio das Missões	X					
São Borja	X					
São Luiz Gonzaga	X					
São Miguel das Missões	X					
São Nicolau	X					
São Pedro do Butiá	X					
Sete de Setembro	X					
Ubiretama	X					
Vitória das Missões	X					
TOTAL	21	0	1	0	1	1

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 3: Relatório Anual de Gestão Municipal, exercício 2014 - Região 11- Sete Povos das Missões.

SITUAÇÃO DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2014						
Município	Aprovado	Aprovado com ressalvas	Não aprovado	Solicitado ajustes	Em apreciação pelo Conselho de Saúde	Sem informação
Bossoroca	X					
Caibaté	X					
Cerro Largo	X					
Dezesseis de Novembro	X					
Entre-Ijuís						X
Eugênio de Castro	X					
Garruchos					X	
Guarani das Missões						X
Mato Queimado	X					
Pirapó						X
Porto Xavier					X	
Rolador	X					
Roque Gonzales					X	
Salvador das Missões	X					
Santo Ângelo	X					
Santo Antônio das Missões	X					
São Borja		X				
São Luiz Gonzaga	X					
São Miguel das Missões	X					
São Nicolau	X					
São Pedro do Butiá					X	
Sete de Setembro	X					
Ubiretama		X				
Vitória das Missões						X
TOTAL	14	2	0	0	4	4

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 4: Programação Anual de Saúde - Ano da PAS: 2013-Região de Saúde 11-Sete Povos das Missões.

MUNICÍPIO	Existência de PAS	Apreciação do Conselho Municipal de Saúde		
		Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
Bossoroca	S	Aprovado	10	17/12/13
Caibate	S	Aprovado	2	26/11/13
Cerro Largo	S			
Dezesseis de Novembro	N			
Entre-Ijuís	N			
Eugênio de Castro	S	Aprovado		
Garruchos	S	Aprovado	214	08/04/14
Guarani das Missões	S	Aprovado		
Mato Queimado	S	Aprovado	32	21/12/12
Pirapó	S	Aprovado	6	22/04/13
Porto Xavier	S	Aprovado		
Rolador	S	Aprovado	1	06/05/14
Roque Gonzales	N			
Salvador das Missões	S	Aprovado	1	28/05/14
Santo Ângelo	S	Aprovado		
Santo Antônio das Missões	N			
São Borja	S	Aprovado		08/12/13
São Luiz Gonzaga	S	Aprovado	7	07/05/14
São Miguel das Missões	S	Aprovado	5	19/12/13
São Nicolau	N			
São Pedro do Butiá	S	Aprovado	7	26/12/12
Sete de Setembro	N			
Ubiretama	S	Aprovado	2	29/10/12
Vitória das Missões	S	Aprovado	22012	19/12/12
Total com PAS	18			
Percentual com PAS	75,00%			

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 5: Programação Anual de Saúde -Ano da PAS: 2014-Região de Saúde 11-Sete Povos das Missões.

MUNICÍPIO	Existência de PAS	Apreciação do Conselho Municipal de Saúde		
		Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
Bossoroca	S	Aprovado	102013	18/12/2013
Caibate	S	Aprovado	2	26/11/2013
Cerro Largo	S	Aprovado	132013	26/11/2013
Dezesseis de Novembro	S	Aprovado	414	30/07/2014
Entre-Ijuís	N			
Eugênio de Castro	S	Aprovado	2	07/04/2014
Garruchos	S	Aprovado	214	27/02/2014
Guarani das Missões	N			
Mato Queimado	S	Aprovado	45	20/12/2013
Pirapó	N			
Porto Xavier	S	Aprovado	2	27/02/2015
Rolador	S	Aprovado	1	06/05/2014
Roque Gonzales	S	Aprovado	1	22/01/2014
Salvador das Missões	S	Aprovado	1	28/03/2014
Santo Ângelo	S	Aprovado	190	22/04/2014
Santo Antônio das Missões	N			
São Borja	S	Aprovado	0	27/02/2014
São Luiz Gonzaga	S	Aprovado	7	07/05/2014
São Miguel das Missões	S	Aprovado	5	16/04/2014
São Nicolau	S	Não Aprovado	11	03/11/2014
São Pedro do Butiá	S	Aprovado	92013	17/12/2013
Sete de Setembro	S	Aprovado	3	04/12/2013
Ubiretama	S	Aprovado	9	25/09/2013
Vitória das Missões	S	Aprovado	22013	13/12/2013
Total com PAS	20			
Percentual com PAS	83,00%			

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 6: Programação Anual de Saúde - Ano da PAS: 2015- Região de Saúde 11-Sete Povos das Missões.

MUNICÍPIO	Existência de PAS	Apreciação do Conselho Municipal de Saúde		
		Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
Bossoroca	N	Em análise		
Caibate	N	Em análise		
Cerro Largo	N	Em análise		
Dezesseis de Novembro	N	Em análise		
Entre-Ijuís	N	Em análise		
Eugênio de Castro	S	Aprovado	2	07/04/2014
Garruchos	N	Em análise		
Guarani das Missões	N	Em análise		
Mato Queimado	S	Aprovado	28/08/2014	
Pirapó	N			
Porto Xavier	N	Em análise		
Rolador	S	Aprovado	1	15/04/2015
Roque Gonzales	S	Aprovado	2	17/03/2015
Salvador das Missões	S	Aprovado	1	13/03/2015
Santo Ângelo	N	Em análise		
Santo Antônio das Missões	N	Em análise		
São Borja	N	Em análise		
São Luiz Gonzaga	S	Aprovado	4	01/04/2015
São Miguel das Missões	S	Aprovado	6	18/11/2014
São Nicolau	N	Em análise		
São Pedro do Butiá	S	Aprovado	92014	18/11/2014
Sete de Setembro	N	Em análise		
Ubiretama	S	Aprovado	17	22/06/2014
Vitória das Missões	N			
Total com PAS	9			
Percentual com PAS	37,00%			

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 7: Situação dos municípios relativa à existência de PMS Vigente, PAS 2015 e RAG 2013- 2014 em 2015- Região de Saúde 11-Sete Povos das Missões.

Município	Plano Vigente	PAS 2015	RAG 2013 enviado ao CMS	RAG 2014 enviado ao CMS
Bossoroca	Sim	Não	Sim	Sim
Caibaté	Sim	Não	Sim	Sim
Cerro Largo	Sim	Não	Sim	Sim
Dezesseis de Novembro	Sim	Não	Sim	Sim
Entre-Ijuís	Sim	Não	Sim	Não
Eugênio de Castro	Sim	Sim	Sim	Sim
Garruchos	Sim	Não	Não	Sim
Guarani das Missões	Sim	Não	Sim	Não
Mato Queimado	Sim	Sim	Sim	Sim
Pirapó	Sim	Não atualizou o Sargsus	Sim	Não
Porto Xavier	Sim	Não	Sim	Sim
Rolador	Sim	Sim	Sim	Sim
Roque Gonzales	Sim	Sim	Sim	Sim
Salvador das Missões	Sim	Sim	Sim	Sim
Santo Ângelo	Sim	Não	Sim	Sim
Santo Antônio das Missões	Sim	Não	Sim	Sim
São Borja	Sim	Não	Sim	Sim
São Luiz Gonzaga	Sim	Sim	Sim	Sim
São Miguel das Missões	Sim	Sim	Sim	Sim
São Nicolau	Sim	Não	Sim	Sim
São Pedro do Butiá	Sim	Sim	Sim	Sim
Sete de Setembro	Sim	Não	Sim	Sim
Ubiretama	Sim	Sim	Sim	Sim
Vitória das Missões	Sim	Não atualizou o Sargsus	Sim	Não

Fonte:SARGSUS/SGEP/MS.

Tabela 8: Análise das variáveis do Plano de Saúde 2014-2017 de municípios da 12ª CRS em 2015.

Variáveis	Municípios							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Descrição das Características Gerais	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Análise da Situação Epidemiológica	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Análise dos serviços de saúde	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Objetivos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Diretrizes	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Metas	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Indicadores/monitoramento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Participação Social na Elaboração	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ata de aprovação do CMS	Não consta	Não consta	Sim	Não consta	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: SARGSUS/SGEP/MS.

Em relação à tabela 1, dos 24 municípios que compõem a população de estudo, constata-se que em relação ao RAG, exercício 2012, somente três foram aprovados com ressalvas pelo Conselho de Saúde, sendo 21 aprovados sem ressalvas. Referente à tabela 2, percebe-se que no RAG, exercício 2013, 1 município não teve aprovação, 1 município ainda está em apreciação no CMS, 1 município não tem informação, sendo que 21 municípios tiveram aprovação. Nota-se que há um relatório de gestão do ano de 2013, constando como em apreciação pelo Conselho de Saúde para o qual provavelmente foram solicitados ajustes. Quanto à tabela 3, RAG, exercício 2014, 2 municípios tiveram o mesmo aprovado com ressalvas, 4 municípios estão ainda com apreciação no CMS e 4 municípios estão sem informação, sendo que 14 municípios tiveram o RAG aprovado.

Analisando-se a tabela 4, verifica-se que 75% do total de municípios da 12ª CRS elaboraram a Programação Anual de Saúde 2013, sendo que os mesmos tiveram aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Em relação a Programação Anual de Saúde 2014, tabela 5, constata-se que 83% dos municípios a elaboraram. Nota-se na tabela 6, que no exercício de 2015, apenas 37% dos municípios realizaram a Programação Anual de Saúde, sendo que a maioria se encontra em análise pelo Conselho de Saúde, considerando que a mesma deve ser feita para programar ações em saúde durante o ano, percebe-se que os municípios não estão

conscientes da importância do planejamento, o que pode resultar numa gestão pouco eficiente e pouco estratégica. Observa-se que muitos municípios da 12ª CRS, não apresentaram ou enviaram os seus relatórios anuais de gestão, bem como as respectivas programações anuais de saúde. Considerando o artigo 4º da Lei 8.142 de 1990, que estabelece requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde e determina aos municípios, estados e Distrito Federal, que devem possuir plano de saúde e relatório de gestão, que permitam o controle dos recursos federais repassados pelo Ministério da Saúde, em conformidade com a programação aprovada; e a Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que prevê a suspensão das transferências entre os entes da federação (BRASIL, 2008), pode haver o bloqueio de recursos aos municípios, tendo em vista o não cumprimento de exigências legais.

Observa-se, na figura 8, que todos os municípios da 12ª CRS estão com o plano de saúde vigente e que 9 municípios elaboraram a PAS 2015, sendo que 02 não atualizaram o Sargsus e que em relação ao Relatório Anual de Gestão, exercício 2013, apenas um município não apresentou ao Conselho de Saúde, e no RAG 2014, 04 municípios não enviaram ao Conselho de Saúde. Isto pode indicar que não há entendimento por parte dos gestores da importância da participação e controle social.

A partir da pesquisa qualitativa dos planos municipais de saúde de oito municípios da 12ª CRS, visualizada na figura 9, averiguou-se que alguns itens determinados pela legislação, não foram apresentados nos documentos estudados. Percebe-se que variáveis importantes não são incorporadas nos planos municipais de saúde, tais como análise da situação epidemiológica, que não constou nos referidos, muitos não apresentaram diretrizes e metas na elaboração. De acordo com Brasil (2008) o plano deve conter análise situacional, formulação de objetivos, diretrizes e metas. Os objetivos expõe o que se pretende fazer a fim de se superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados, levando em conta a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e coerência com a política de governo. Já, as diretrizes são formulações que apontam as linhas de ação a serem seguidas, expressas de modo objetivo, visando a delimitar a estratégia geral e as prioridades do plano de saúde. As metas são expressões quantitativas de um objetivo, concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem” e “quando”.

Além disso, Campos et al. (2012) afirma que para elaboração do plano municipal de saúde há 4 momentos ou etapas, sendo eles: análise da situação de saúde (caracterização da

população, identificação, priorização e explicação dos problemas de saúde e apresentação da análise da situação ao Conselho Municipal de Saúde); definição de políticas ou objetivos (definição de linhas de ação a partir dos problemas priorizados no município e das prioridades nacionais, elaboração de objetivos, definição de ações e atividades para alcance de cada objetivo); desenho das estratégias (definição dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos, análise de viabilidade das ações propostas, definição de indicadores de acompanhamento e avaliação de alcance dos objetivos e cumprimento de atividades propostas) e elaboração do orçamento (realização de estimativa de recursos nos próximos 4 anos, estimativa de gasto, elaboração da proposta orçamentária e apresentação do plano ao Conselho de Saúde).

A respeito da etapa da análise situacional, Teixeira et al. (2010) sustenta que consiste no processo de identificação de problemas e necessidades de saúde, sendo para isso preciso que se realize diagnóstico das características gerais da população, contendo dados de demografia, aspectos socioeconômicos (renda, escolaridade, ocupação, entre outros), culturais (grau de instrução, hábitos, etc.), políticas (interesses, problemas, necessidades e demandas), condições ambientais (acesso à rede de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições das habitações, entre outros). Esta análise facilita a definição das políticas e prioridades de ação.

Considerando que o planejamento é guiado por problemas de estado de saúde, cabe identificá-los por meio de sistemas de informação disponíveis, bases de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, oficinas com profissionais da saúde e comunidade, entre outros (CAMPOS et al., 2012). Há uma série de bancos de dados que fornecem informações importantes para a elaboração, monitoramento e avaliação do plano de saúde, que podem ser usados no enfrentamento de problemas detectados (Saliba et al., 2013). A análise do presente estudo permite inferir que, talvez, a inexistência dessa problematização, através do uso de dados, que poderiam integrar os planos de saúde e compor uma detalhada análise situacional das características gerais, situação epidemiológica, estrutura e organização dos serviços de saúde, nos planos analisados, esteja relacionada à falta de informação ou de interesse por parte dos gestores.

O município I descreveu as características gerais, embora detectada ausência de elementos importantes, tais como: distribuição de renda, escolaridade, informações sobre saneamento, rede de esgoto e coleta de lixo. No tocante à organização do sistema de saúde, o diagnóstico é genérico, faz uma exposição dos programas de saúde desenvolvidos, mas não

relata quais serviços são ofertados na rede assistencial pública, privada, contratada ou conveniada. Logo, a análise da situação de saúde mostra-se insuficiente, não sendo mencionados problemas, metas e diretrizes. Apenas são citados objetivos relacionados a aspectos gerais. Além disso, não é feita a análise da situação epidemiológica, já que não expõe casos de doenças de notificação compulsória. Apresenta indicadores e a série histórica, sem realizar análise qualitativa das informações. Não há especificação de recursos financeiros. Não constaram anexos referentes à ata de aprovação do plano pelo CMS.

O município II informa que o plano é elaborado pela equipe de servidores e revisado pela equipe da atenção básica municipal e aprovado pelo CMS. A descrição das características gerais está bem clara, contendo dados socioeconômicos, demográficos, sistema educacional, saneamento e habitação. Apresentam indicadores de diagnóstico da situação de saúde, vinculados a prioridades, no entanto, não é feita discussão sobre esses dados. Assim, evidencia-se a carência de análise que permita a associação de problemas, que não são apontados. Em contraponto, são apresentados os recursos humanos e organização dos serviços de saúde, contemplando demonstrativo da produção ambulatorial de 2001 a 2013, há descrição de serviços disponíveis na rede assistencial, sendo sugestivo ao município acrescentar o quantitativo da oferta de serviços e melhor organizar as informações. Há exposição de estratégias e ações, caracterizadas como diretrizes e metas. Apresenta objetivos, no entanto, os mesmos não são baseados em problemas. No que diz respeito à previsão financeira não há detalhamento, somente explicita as fontes federais, estaduais ou municipais. Não há anexos de aprovação do PMS pelo Conselho de Saúde.

O município III apresenta plano que descreve a participação social na sua elaboração, por meio da realização de conferência de saúde. Apresenta dados de objetivos, diretrizes e metas; cita indicadores de monitoramento, mas não relaciona dados com série histórica. Também é feita descrição detalhada das características gerais do município (renda, escolaridade, economia, frequência escolar, demografia, indicadores de habitação, entre outros). Apresenta as ações desenvolvidas em programas de saúde, ações básicas e setores do município, não identificando adequadamente problemas. Faz exposição da organização dos serviços de saúde (rede ambulatorial e hospitalar). Além disso, não é abordada a situação epidemiológica, não sendo referidos casos de doenças de notificação compulsória, não havendo a quantificação das condições de saúde. Em relação à aprovação do CMS, é anexada ata. Não é apresentada a previsão orçamentária.

O município IV, em seu plano, ressalta que “deseja ser um instrumento de gestão a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de que se consolide na esfera municipal a gestão do SUS que todos possam efetivamente participar deste processo de construção coletiva, não estático, mas flexível e sempre levando em conta o perfil epidemiológico”. No entanto, observa-se contradição no referido plano, já que não é feita a análise da situação epidemiológica. Em relação ao diagnóstico das características gerais, este é exposto de modo sucinto, relatando distribuição da população por faixa etária, informações sobre a economia, habitação e saneamento, deixando de especificar aspectos educacionais. Quanto à análise dos serviços de saúde, há breve referência à rede física e serviços prestados. Apresenta alguns indicadores de saúde, mas sem análise ou correlação. Não apresenta diretrizes, metas e problemas e os objetivos são referentes a tópicos gerais. Não apresenta proposta de orçamento, somente orçado e executado em saúde de 2010-2013. Indica que o Conselho de Saúde participa da revisão anual do plano, mas não é anexada ata de aprovação.

O município V apresenta descrição de características gerais do município (dados socioeconômicos, demográficos, aspectos educacionais, infraestrutura e saneamento). Em relação à análise dos serviços de saúde, produz breve relato das atividades desempenhadas e organização dos serviços na secretaria, sem detalhar a oferta de serviços na rede assistencial pública, privada ou conveniada. Também descreve a organização da Conferência de Saúde, que serviu de suporte para construção do plano, no entanto, a mesma foi realizada no ano de 2011, sendo o plano 2014-2017. Não é disponibilizado perfil epidemiológico. Há tabela com estratégias e ações, mas não é baseada em problemas, que são apresentados de modo generalizado. E os indicadores não são de monitoramento e também referem-se ao ano de 2010. Não há previsão financeira de aplicação de recursos, apenas total aplicado em saúde no ano de 2010 e distinção de recurso de fonte federal, estadual e municipal. A ata de aprovação do plano pelo Conselho de Saúde está incluída no sistema.

O município VI exhibe na descrição das características gerais: distribuição da população por faixa etária, aspectos econômicos e educacionais, situação do meio ambiente, saneamento e considerações sobre coleta de lixo e habitação; constata-se que os dados são superficiais, não referindo grau de escolaridade da população, taxa de analfabetismo, entre outros. Referente à análise dos serviços de saúde, os dados são relatados em forma textual, mas sem detalhamento de alguns itens, como oferta de serviços pela rede assistencial. Há tabela constando indicadores com a série histórica até 2008 a 2012 e pactuação de proposta de

metas de 2013 até 2015, mas não são avaliados qualitativamente. Quanto à situação epidemiológica, não há abordagem. Há descrição das ações e programas desenvolvidos. Há delimitação de estratégias, ações e metas. Ao final do documento são assinalados problemas de modo inconsistente. Quanto à previsão orçamentária são meramente informadas as fontes e blocos de financiamento. Há ata de aprovação do referido plano pelo Conselho de Saúde.

O município VII explana as características gerais, fornecendo dados relativos a demografia; aspectos educacionais, comentários sobre saneamento, habitação e meio ambiente. São fornecidos dados genéricos sobre atribuições de programas e setores, no entanto, tais dados são dispersos e trabalhados sem aplicá-los à realidade do município. Em relação à organização do sistema de saúde, há apenas a citação de algumas referências, sem estabelecer a oferta de serviços da rede pública, privada ou conveniada. Não há diretrizes, metas, objetivos, problemas e indicadores de monitoramento. Cita-se que o plano foi elaborado pelos servidores da SMS e representantes do Conselho de Saúde e participação da comunidade, por reuniões nas localidades do município. Não há previsão de orçamento. A ata do Conselho aprovando o plano é anexada ao sistema.

O município VIII relata que a elaboração do plano ocorreu a partir de propostas da conferência de saúde e da participação do Conselho de Saúde. Descreve as características gerais resumidamente. Não expõe indicadores de saúde, mas uma listagem das causas de morbidade hospitalar, óbitos por grupos de causas e tabela com dados de nascimentos e especificações do ano de 2011. Não há relato de objetivos, diretrizes ou metas, há somente uma sucinta explicação do funcionamento dos serviços de saúde no município. Apresenta demonstrativo de recursos repassados pelos governos estadual e federal, separados por blocos de 2010 a 2013, e percentual aplicado em saúde. Não descreve os serviços ofertados na rede assistencial pública, privada ou contratada. Apresenta ata do Conselho de Saúde, que aprova o respectivo plano.

Identificou-se que os referidos planos não realizaram o diagnóstico epidemiológico, o que deixa a desejar em muitos aspectos, já que o conhecimento deste dado é fundamental para o delineamento dos problemas de saúde da população. Assim, a análise da situação de saúde é insuficiente, impossibilitando discussão de dados e não há levantamento de problemas. Segundo Teixeira et al. (2010) a definição do perfil epidemiológico, engloba uma série de dados de morbimortalidade que podem ser usados na constatação de problemas ambientais, os quais podem ser evitados através de ações de saneamento básico.

Os planos não estabeleceram objetivos gerais e específicos, de modo estruturado e claro, que se relacionassem a problemas. Em relação as metas e diretrizes, apenas dois planos apresentaram estes itens (municípios III e VI).

Com relação ao orçamento, nenhum dos planos apresentou estimativa ou previsão orçamentária. Geralmente deve haver correlação entre as metas e orçamento e apenas em alguns houve citação do uso de recursos municipais e/ou estaduais. Pode-se inferir que não há programação de receita financeira aplicada na saúde, nos respectivos planos.

Na maioria dos planos há presença de indicadores de monitoramento, no entanto, não é realizada análise qualitativa dos mesmos, sabe-se que podem produzir informações importantes se organizados, elaborados e analisados. Os indicadores são medidas utilizadas para descrever e analisar uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e avaliar o grau de cumprimento das metas e objetivos (BRASIL, 2008). Segundo Tamaki et al. (2012) há uma série de informações que são registradas no cotidiano dos serviços de saúde e que não são exploradas, e que são importantes para a análise da situação de saúde ou eleição de prioridades. Os indicadores constituem valioso banco de dados que devem ser aproveitados no suporte ao planejamento, já que possibilitam identificar as necessidades de saúde da população, através da análise do perfil epidemiológico dos usuários (REMOR et al., 2010).

Outro problema identificado foi a ausência da participação social na elaboração do PMS. Observa-se que muitos municípios não anexaram a ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Por isso, não se pode dizer que tais planos foram aprovados pelo Conselho de Saúde ou se foram não houve inserção de tais documentos no sistema Sargsus. Nesse sentido, surgem dúvidas acerca do papel desempenhado pelos conselhos de saúde na discussão, apreciação e aprovação dos instrumentos de gestão. Será que os conselhos estão realmente representando espaço de gestão participativa e controle social? Há discussão ampliada dos instrumentos de gestão ou apenas cumprimento de exigências legais e burocráticas? Nos planos analisados em poucos constam a participação do conselho, muitos apenas citam que é o conselho que aprova o plano, alguns nem mesmo anexaram as atas de aprovação no sistema, o que denota que não houve a participação efetiva do conselho na aprovação.

A existência de conflitos entre os conselhos de saúde e gestores do SUS é comum, no entanto, é fundamental que os gestores percebam os conselhos como espaços de caráter

deliberativo, atuando ativamente nos processos de formulação e controle sobre as políticas (OLIVEIRA; GABROIS; JUNIOR, 2009). Apesar de observar-se que houve ampliação dos espaços de participação social na esfera das políticas de saúde nos últimos anos, é evidente a necessidade de progredir nesta direção, por que se verifica que na elaboração de instrumentos de gestão, como o PMS, há diversos níveis de participação (ANUNCIÇÃO; SOUZA, 2011). Há um processo de gestão no qual ocorrem “pseudoparticipações” e participações parciais, sendo que neste deveria prevalecer a participação plena da população.

Cabe questionar se há participação efetiva de toda a equipe na construção destes instrumentos de gestão, já que, nos planos analisados, não houve relatos relacionados à reunião para discussão de tais instrumentos. Segundo Vieira (2009), quando o planejamento é abordado como assunto de um setor específico, havendo pouca participação dos profissionais de saúde, os quais são os responsáveis pela obtenção dos objetivos e metas propostos, quase sempre resulta em distanciamento entre plano e resultados. Neste caso, o plano menciona intenções que não levam a resultados práticos.

A partir da análise do conteúdo dos planos de saúde, percebeu-se que há distintos formatos elaborados pelos municípios analisados. É importante destacar a necessidade de realização do diagnóstico da situação de saúde, que deve compor os instrumentos de gestão, sugerindo metas para melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Houve a utilização de indicadores de saúde, no entanto, pouco se fez abordagem qualitativa dos dados, de modo a propor metas.

No presente estudo sobre os instrumentos de gestão (planos, relatório anual de gestão e PAS), pode-se perceber que há muitas deficiências, considerando a análise qualitativa realizada a partir dos planos de saúde, verificou-se que muitas variáveis importantes e instituídas pela legislação não vêm sendo abrangidas nos referidos documentos. Além disso, há dificuldades na elaboração de plano de saúde, que contemple propostas concretas e que seja baseado na realidade local e que seja adequado ao cotidiano. Os resultados sugerem que, talvez, não haja entendimento por parte dos gestores da necessidade de se apropriar destes instrumentos para elaborar ou traçar políticas públicas bem como ações em saúde planejadas, cumprindo assim a legislação.

Segundo Vieira (2009) se não há planejamento, ocorre a desarticulação, subjetivação e fragmentação do funcionamento do sistema e dos serviços de saúde. Já que não há definição

de objetivos, cada dirigente atuará nas atividades a seu modo, havendo retrocessos e perda de qualidade e os recursos serão utilizados de maneira menos eficiente.

O planejamento em saúde é um processo que, se subentende, atender às orientações constitucionais, entre as quais a participação da comunidade, que é expressa na Lei 8.142 de 1990. A partir desta lei, a Conferência de Saúde é preconizada como base para o planejamento em saúde e os conselhos de saúde devem participar na formulação de políticas de saúde e atuar na fiscalização da execução das ações nas três esferas da gestão. Também há exigência da elaboração dos relatórios de gestão que possibilitam o controle e acompanhamento das ações (BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011). Percebe-se a partir da leitura dos planos, que somente dois municípios relatam incorporação de propostas da Conferência de Saúde. Desta forma, deduz-se que há ausência de controle social.

É importante citar que, nos últimos anos, o planejamento tem tido crescente reconhecimento para a gestão do Sistema Único de Saúde. Considerando os desafios atuais, o planejamento mostra-se imprescindível e necessário para uma efetivação do referido sistema. É fundamental que cada esfera disponha de seu Plano de Saúde, orientado pelas respectivas Programações Anuais e, sendo avaliado periodicamente, com os resultados impressos no Relatório Anual de Gestão. Portanto, tais instrumentos permitem visualizar as responsabilidades do gestor no contexto da saúde municipal.

CONCLUSÃO

Os instrumentos de gestão estudados sugerem que são produzidos para cumprimento de exigência legal, não sendo verdadeiramente aproveitados no planejamento e gerenciamento de políticas de saúde. Percebe-se que há muito a se buscar em termos de qualidade dos instrumentos de gestão nos municípios analisados, o que está associado à compreensão dos gestores da necessidade dos mesmos serem utilizados ao aprimoramento da gestão do SUS, devendo ser construídos com ampla participação social para, assim, apresentarem aplicabilidade.

Nesse sentido, permite-se refletir acerca do papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde no controle e fiscalização das políticas públicas e na construção dos instrumentos de planejamento. Destaca-se que o plano deve ser estruturado com participação do conselho, que dá legitimidade às ações e garante o atendimento aos anseios dos usuários deste serviço,

através da interação da comunidade, que reivindica interesses e demandas, atuando ativamente na formulação de políticas de saúde.

Tendo em vista a necessidade de se cumprir os princípios constitucionais do SUS, buscando a melhoria da prestação dos serviços de saúde e da qualidade de vida das pessoas, verifica-se a necessidade de ultrapassar a visão de cultura de gestão fragmentada e distante dos interesses e necessidades sociais e, em decorrência disso, haverá maior eficiência e efetividade no desenho das políticas públicas.

Evidencia-se a necessidade do planejamento em saúde ser visto como processo integrado, pautado pela intersetorialidade, havendo envolvimento da equipe para discussão de ações planejadas voltadas a melhoria da qualidade dos serviços, bem como garantir que as decisões tomadas pelos gestores sejam orientadas, através dos instrumentos de gestão que possibilitam a racionalidade das ações e que sejam discutidos e aprovados pelo Conselho de Saúde, garantindo o controle social. Há de se destacar que o planejamento nos municípios deste estudo é feito de forma parcial e os gestores devem se conscientizar da relevância destas ferramentas de planejamento.

Neste estudo foram identificadas algumas limitações, tais como: escassez de material na literatura, referente à abordagem deste estudo, e a inexistência de material unificado sobre os instrumentos de gestão, que permita se seguir uma metodologia na confecção dos mesmos. Percebe-se a necessidade de pesquisas direcionadas ao tema trabalhado.

Por fim, conclui-se que os instrumentos de gestão utilizados para o planejamento no setor da saúde assumem maior importância à medida que são aproveitados no processo de qualificação da gestão, atribuindo direcionalidade às ações e serviços prestados à população, contribuindo para a consolidação do sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. R. C. de ; SOUZA, M. K. B. de. Processo de Construção e Análise dos Relatórios Anuais de Gestão: dificuldades, avanços e reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 852-868 out. /dez. 2013.

ANUNCIACÃO, F. C. da. ; SOUZA, M. K. B. de. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p.845-858 out. /dez. 2011.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011.

BRASIL. Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. **Diário Oficial da União**, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2.^a ed. Brasília, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 3.^a ed. Brasília, 2009.

CAMPOS, G. W. de S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

LACERDA, J. T. de. et al. Avaliação da Gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

REISDORFER, E. et al. Plano municipal de saúde: um instrumento de transformação social [Municipal health planning: an instrument of social change]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 3, n. 4, p. 97-102, 2012.

REMOR, L. R. et al. Indicadores de saúde como apoio à gestão do sistema único de saúde. **Revista Científica Internacional**, v. 3, n. 15, p. 157-175, set./nov., 2010.

OLIVEIRA, R. G. de.; GABROIS, V. ;JUNIOR, W. V. M. **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

SALIBA, N. A. et al. Plano Municipal de Saúde: análise do instrumento de gestão. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 1, p. 224-230, jan./fev., 2013.

TAMAKI, E. M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 173 p.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do Planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1565-1577. 2009.

VILASBÔAS, A. L. Q. ; PAIM, J.S. Práticas de Planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1239-1250, jun., 2008.