



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**SAMANTA TEIXEIRA BARROS**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA:  
ANÁLISE DA ELABORAÇÃO E DA CONSONÂNCIA COM OS  
INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

**CRICIÚMA**

**2023**

**SAMANTA TEIXEIRA BARROS**

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA:  
ANÁLISE DA ELABORAÇÃO E DA CONSONÂNCIA COM OS  
INSTRUMENTOS DE GESTÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para obtenção do título de Mestre(a) em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Susana Cararo Confortin

**CRICIÚMA**

**2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B277p Barros, Samanta Teixeira.

Plano Municipal de Saúde de Criciúma :  
análise da elaboração e da consonância com os  
instrumentos de gestão / Samanta Teixeira  
Barros. - Criciúma, SC : UNESC, 2023.

70 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do  
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Susana Cararo Confortin.

1. Planejamento em saúde - Criciúma (SC). 2.  
Gestão em saúde - Criciúma (SC). 3. Serviços de  
saúde - Avaliação - Criciúma (SC). 4. Sistemas de  
saúde. 5. Atenção à saúde. - I. Título.

CDD - 23. ed. 362.1068

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

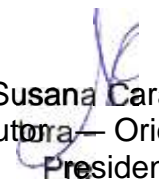
**SAMANTA TEIXEIRA BARROS**


**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRICIÚMA: ANÁLISE DA  
ELABORAÇÃO E DA CONSONÂNCIA COM OS INSTRUMENTOS DE  
GESTÃO**


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 13 dezembro de 2023.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Profa. **Susana Cararo Confortin**  
Doutora — Orientadora  
Presidente

  
Profa. **Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves**  
Doutora — UFMA  
Membro externo

  
Profa. **Vanessa Iribarrem Avena Miranda**  
Doutora — UNESC/PPGSCol  
Membro interno

Dedico esse trabalho àqueles que acompanharam, incentivaram e sobretudo fortaleceram minha caminhada, seja com palavras ou orações, para a conclusão desse trabalho. À minha família, aos meus amigos e à minha orientadora, minha imensa gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me conceder saúde e renovo espiritual em todas as etapas da realização deste trabalho, o que me permitiu concluir essa jornada.

À minha família, esposo e filho, pela compreensão em todos os momentos em que estive ausente do convívio familiar.

Aos meus pais e minha irmã, que sempre me incentivam em cada projeto.

Aos meus queridos amigos, que são no meu coração como minha família, e que em todos os momentos de cansaço me incentivaram a não desistir.

À minha orientadora Susana que aceitou o desafio em me acompanhar nessa caminhada, e o fez com muito comprometimento e dedicação.

À Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC e ao seu corpo docente, sempre comprometidos com a qualidade e excelência do ensino.

À Prefeitura Municipal de Criciúma e à Secretaria Municipal de Saúde, que me oportunizaram realizar este curso.

**“O conhecimento nos faz responsáveis.”  
Che Guevara**

## RESUMO

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS) garante o acesso a saúde para todos os brasileiros e brasileiras, fazendo exercer o direito à saúde garantido em constituição. Sendo o estado responsável por garantir tal direito, sua gestão ocorre nas três esferas de governo, e os gestores são responsáveis pela execução das políticas públicas no seu território. Este processo deve ser formalizado através dos diferentes instrumentos de gestão, destacando-se dentre eles o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) que, alinhados à previsão orçamentária, estabelecerão as ações de saúde a serem executadas por toda a equipe gestora e assistencial. Estudos demonstraram as dificuldades dos gestores municipais diante da elaboração desses instrumentos, principalmente relacionadas à produção e análise dos dados que, ou são escassas ou desatualizadas. Mostraram ainda a incoerência entre os instrumentos e ausência de demonstração orçamentária.

**Objetivo:** Avaliar o processo de gestão da saúde orientada pelo PMS do município de Criciúma numa perspectiva comparativa entre o planejado e o executado de acordo com os relatórios trimestrais. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pautada na análise documental. Serão analisados o PMS de 2022-2025 e o 1º e 2º RDQA do ano de 2023. Visando verificar se o PMS contém o mínimo de informações recomendadas, utilizamos um checklist para visualização dos itens avaliados. Por fim, os objetivos e metas do 1º e 2º RDQA de 2023 foram apresentadas em um quadro com escala de cores que indicarão se a meta foi “alcançada”, “parcialmente alcançada” ou “não alcançada”. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que o PMS do município contemplou a todos os itens essenciais na sua elaboração. No entanto, categorias relacionadas à “Análise situacional” (“Recursos financeiros”, “Gestão do trabalho e da educação em saúde” e “Ciência, tecnologia, produção e inovação”) e a recomendação da “transparência e participação popular” foram requisitos abordados superficialmente. **Conclusão:** A escala de cores aplicada ao RDQA favoreceu a visualização do alcance das metas e permitiu a identificação de áreas frágeis, para direcionamento de ações. A partir deste estudo foi possível alcançar a melhor compreensão do processo de construção do planejamento em saúde no município, além de acompanhar o caminhar da equipe gestora no alcance dos objetivos e metas estabelecidos.

**Palavras-chave:** Planejamento. Planejamento em Saúde. Sistema de Saúde. Gestão em Saúde. Avaliação dos serviços de saúde. Atenção à saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** The Unified Health System (SUS) guarantees access to health for all Brazilians, exercising the right to health guaranteed in the constitution. As the state is responsible for guaranteeing this right, its management occurs in the three spheres of government, and managers are responsible for implementing public policies in their territory. This process must be formalized through different management instruments, highlighting among them the Health Plan (PS), the Annual Health Programming (PAS), the Detailed Report of the Previous Four Quarters (RDQA) and the Annual Management Report (RAG) which, aligned with the budget forecast, will establish the health actions to be carried out by the entire management and care team. Studies have demonstrated the difficulties municipal managers face when developing these instruments, mainly related to the production and analysis of data, which are either scarce or outdated. They also showed the inconsistency between the instruments and the lack of budgetary demonstration. **Objective:** To evaluate the health management process guided by the PMS in the municipality of Criciúma from a comparative perspective between what was planned and what was executed according to the four-monthly reports. **Methods:** This is a qualitative research, based on documentary analysis. The PMS for 2022-2025 and the 1st and 2nd RDQA for the year 2023 will be analyzed. To verify whether the PMS contains the minimum recommended information, we use a checklist to view the evaluated items. Finally, the objectives and goals of the 1st and 2nd RDQA of 2023 were presented in a table with a color scale that will indicate whether the goal was “achieved”, “partially achieved” or “not achieved”. **Results:** The results showed that the municipality's PMS included all essential items in its preparation. However, categories related to “Situational Analysis” (“Financial resources”, “Work and health education management” and “Science, technology, production and innovation”) and the recommendation of “transparency and popular participation” were requirements addressed superficially. **Conclusion:** The color scale applied to the RDQA favored the visualization of the achievement of goals and allowed the identification of fragile areas, for directing actions. From this study it was possible to achieve a better understanding of the process of building health planning in the municipality, in addition to monitoring the management team's progress in achieving the established objectives and goals.

**Keywords:** Planning. Health Planning. Health System. Health Management. Evaluation of health services. Attention to health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Postulado de Coerência de Mário Testa.....	23
<b>Figura 2</b> – Triângulo de Governo de Carlos Matus.....	24
<b>Figura 3</b> – Passo a Passo da Elaboração do PMS.....	33
<b>Figura 4</b> – Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador (DOMI).....	36
<b>Figura 5</b> – Calendário do Planejamento em Saúde.....	40
<b>Figura 6</b> – Metas 2023 1º e 2º Quadrimestres.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional.....	25
<b>Tabela 2</b> – Diferenças entre Enfoque Normativo e Enfoque Estratégico.....	26
<b>Tabela 3</b> – Estrutura PMS 2022-2023 .....	44
<b>Tabela 4</b> – Checklist PMS.....	45
<b>Tabela 5</b> – Avaliação e monitoramento 1º e 2º RDQA 2023.....	48

## **LISTA DE APÊNDICES**

<b>APÊNDICE A – CHECKLIST PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>70</b>
-------------------------------------------------------------	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Alcançada
ASIS	Análise da Situação de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais
DGMP	DigiSUS Gestor / Módulo Planejamento
DOMI	Diretrizes, Metas, Objetivos e Planos
EAP	Equipe de Atenção Primária
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT	Grupo de trabalho
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NA	Não Alcançada
NOB	Norma Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Parcialmente alcançada
PAB	Piso da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF	Programa de Saúde da Família
PAS	Programação Anual de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de atenção à Saúde
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 PERGUNTA DE PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
1.3.1 Objetivo Geral .....	19
1.1.1. Objetivos Específicos.....	19
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 ASPECTOS RELACIONADOS AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Plano Municipal de Saúde.....	32
<b>3.2 LOCAL DO ESTUDO.....</b>	<b>41</b>
3.2.1 Critério de inclusão.....	41
3.2.2 Critério de exclusão.....	42
<b>3.4 ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>43</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE(S).....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A – CHECKLIST PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>70</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é certamente um dos sistemas mais complexos e abrangentes do mundo. É um direito constitucional que contempla, de forma gratuita, todo o indivíduo inserido no território nacional. Para Gonçalves (2014, p. 07) “Nosso SUS é o melhor sistema de saúde por [...] representar, em termos constitucionais, um compromisso do Estado brasileiro com seus cidadãos, sendo uma das políticas de maior inclusão social já implementadas no Brasil”. Garantir o acesso dos indivíduos ao SUS deve ser compromisso prioritário de todos os gestores, em todos os níveis de governo (Brasil, 2002).

Os gestores do SUS são os responsáveis pela execução das políticas públicas no seu território. A Lei nº 8.080/90 dispõe sobre a gestão compartilhada entre a União, os estados e os municípios, e em seu artigo 36, caput, determina que:

“Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”.

Preuss (2018, p. 326) coloca que “a descentralização em saúde [...] abrange não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros”. O planejamento em saúde visa o fortalecimento da gestão do sistema em âmbito local, para que responda às necessidades de uma população determinada e para que sejam consoantes e dinâmicos em relação aos sistemas Estadual e Nacional (Scatena e Tanaka, 2001).

Assim, planejar ultrapassa o limite das ideias e torna-se uma construção dinâmica, flexível, que envolve diversos atores na mobilização de ações e recursos necessários para o alcance dos objetivos comuns previamente determinados (Brasil, 2022).

No SUS, esse processo deve ser formalizado através dos instrumentos de gestão, que são documentos de uso compulsório e, dentre eles, destacam-se: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Brasil, 2013).



O PS deve partir de uma análise situacional e, só a partir disso, será possível estabelecer diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) para os quais serão direcionados os recursos, dentre eles financeiros e humanos, que permitam resultados de fato positivos (Brasil, 2016).

Visando pormenorizar as intenções propostas no PS, a PAS é o instrumento que estabelece as metas para o período de um ano, além de prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (Brasil, 2013).

Já o RDQA e o RAG são instrumentos que, através da avaliação dos resultados alcançados, trimestral e anualmente respectivamente, permitem a reflexão quanto aos resultados gerados no período, permitindo redirecionamento de esforços do coletivo, caso necessário (Gonçalves, 2014). De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2023) “Estes instrumentos se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS”.

Estudos têm demonstrado as dificuldades dos municípios relacionadas aos instrumentos de gestão. Saliba *et al* (2013) analisaram os planos de saúde de três municípios do estado de São Paulo quanto a elaboração do documento e a presença dos itens essenciais na sua elaboração, quais sejam: diagnóstico baseado nas características e situação epidemiológica do município, apresentação dos serviços de saúde; apresentação da programação de saúde para o período, espaço à participação social e a aprovação do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os autores apontaram deficiências como a ausência de análise situacional, de dados epidemiológicos e até da demonstração de receita financeira, além de relatórios baseados em dados desatualizados.

Além de falhas na elaboração do PMS, pesquisas comprovam a incoerência e a falta de integração entre as DOMI definidas nos PMS e os contidos nos demais relatórios, como o PAS, RAG e RDQA (Fuginame, 2019; Milani *et al* 2020; Schons e Flores, 2016). Outro estudo demonstrou que há pouco envolvimento dos gestores e conselhos de saúde na elaboração dos planos, e que os relatórios de gestão não são de fato utilizados como instrumentos norteadores para a equipe gestora (Mottin, 2019).

Milani *et al* (2020) evidenciaram as dificuldades da gestão municipal relacionadas a fatores como: a produção e análise de dados, o estabelecimento de diretrizes específicas no PMS e a apresentação confusa de dados, tornando difícil a

mensuração, bem como a falta de dados para análise dos RAG. Tais ocorrências reforçam o exposto por Mottin (2019), que afirma quanto as dificuldades relacionadas a elaboração dos relatórios que “os próprios Secretários Municipais de Saúde reconheceram e declararam a falta de pessoal com preparo técnico como sua maior dificuldade”.

Bornia, Safanelli e Silva (2021, p. 17) destacaram a não entrega dos instrumentos de gestão no prazo recomendado pelo SUS, e colocam que o fato demonstra que “o processo de planejamento para essas gestões não é considerado importante, e que não se tem a compreensão de que esse processo possa trazer impacto para os resultados obtidos”.

Por fim, Soder, Machado e Carli (2022) avaliaram o perfil da produção científica quanto aos PMS considerando as dissertações e teses de doutorado e evidenciaram o pouco envolvimento das universidades na produção de pesquisas relacionadas ao tema. O estudo reforça a necessidade de que o assunto seja discutido também no meio acadêmico, a fim de instigar novos conhecimentos, produção de saberes e sobretudo de intervenções relacionadas ao tema.

Diante do exposto, fica evidente que há muito o que se aprimorar em relação aos processos que envolvem os instrumentos de gestão. A análise dos relatórios e instrumentos permitem a avaliação e o aprimoramento das ações de cada gestor no exercício de suas funções, o que é primordial para a melhora na qualificação da equipe gestora e, conseqüentemente, de uma gestão do SUS mais efetiva e eficiente.

## **1.1 Justificativa**

O planejamento em saúde, apesar de já contemplado em legislações vigentes e, mesmo evidenciando avanço do seu percorrer na história da saúde no Brasil, representa ainda um enorme desafio para os gestores do SUS, visto que se trata de um processo que exige novas formas de pensar e de agir dos indivíduos e coletividades, e requer o engajamento dos gestores, profissionais da saúde e população.

No âmbito da saúde, as situações são dinâmicas e estão em constante transformação. Por isso, o ato de planejar deve ser uma prática permanente que permita o melhor direcionamento das ações, a correção de estratégias que se

mostrarem necessárias, e o enfrentamento de prováveis imprevistos no processo (Oliveira e Silva 2023).

O PMS é o instrumento central de planejamento e direciona as ações da equipe gestora para o alcance dos objetivos e metas propostas. O plano baseia-se em análises situacionais que demonstram as fragilidades a serem trabalhadas na rede de atenção à saúde, para que a população tenha garantido o acesso à saúde, e para que sejam fortalecidos os princípios e diretrizes do SUS (Santa Catarina, 2021).

Desse modo, o estudo proposto é relevante pois permitirá refletir sobre o PMS do município, assim como atentar para que os demais instrumentos (RDQA, RAG e PAS) sigam alinhados nas suas propostas. Também contribuirá para a observação das metas alcançadas a cada quadrimestre, através da avaliação do RDQA, permitindo a reflexão quanto aos fatores que contribuíram para que metas não fossem alcançadas. Considerando que o PMS é dinâmico, a análise permitirá o direcionamento de esforços para as ações ainda não desenvolvidas ou até um redirecionamento dessas ações. Todo esse movimento contribuirá ao final para a qualificação da equipe gestora e, conseqüentemente, de uma gestão do SUS mais efetiva.

Esta pesquisa surgiu do interesse pelos aspectos relacionados à gestão do SUS, interesse este que foi instigado ainda no curso de graduação em Enfermagem, após estudar a lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família, que orienta um processo de trabalho baseado no diagnóstico territorial, no planejamento da assistência, no monitoramento de ações e na avaliação dos resultados. Era fascinante que uma equipe de saúde tivesse o “poder” de mudar um cenário de saúde na comunidade onde atuava.

Após graduada, certa da escolha de estabelecer carreira atuando no SUS, especificamente na ESF, percorri esse caminho por 12 anos buscando uma atuação onde a assistência fosse baseada no diagnóstico da comunidade e no planejamento de ações, ainda que em âmbito local, e alinhados aos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde e pela gestão municipal. Neste processo, sempre priorizei espaços formados pela participação da equipe de saúde, representantes da gestão municipal e da comunidade, representada ou não pelos conselhos de saúde.

Completado esse tempo na ESF, fui convidada a participar da equipe de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Criciúma, para exercer a função de Gerente Distrital de Atenção Primária, o que me oportunizou conhecer e adentrar

ainda mais nos aspectos que envolvem a gestão do SUS no âmbito municipal. Após três anos neste espaço, atualmente estou como técnica responsável pelos instrumentos de gestão do município. Para esta função, é imprescindível compreender e analisar os relatórios, buscando sempre trazer os resultados e reflexões para que a equipe gestora possa usufruir e continuar a construir ações baseadas nas metas já pactuadas nesses instrumentos.

## **1.2 PERGUNTA DE PESQUISA**

O PMS, no município de Criciúma, foi elaborado conforme preconizado na legislação vigente, e o RDQA segue convergente ao PMS, permitindo avaliar se as metas propostas no PMS foram executadas?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Avaliar o processo de gestão da saúde orientada pelo PMS do município de Criciúma numa perspectiva comparativa entre o planejado e o executado de acordo com os relatórios quadrimestrais.

#### **1.1.1. Objetivos Específicos**

- Analisar a adequação do PMS à luz da legislação vigente;
- Analisar o alcance das metas propostas para o primeiro e segundo quadrimestre de 2023.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados termos relacionados ao planejamento em saúde, tal como as questões do planejamento do SUS no Brasil, e os instrumentos de gestão definidos legalmente e que colaboram para este processo.

### 2.1 ASPECTOS RELACIONADOS AO PLANEJAMENTO EM SAÚDE

O planejamento é o ponto inicial de todas as demais funções administrativas. Para Teixeira (2010, p. 17), o planejamento se define pela “racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas”. O planejar envolve a transformação de situações e realidades, através de técnicas, de saberes, e do trabalho propriamente dito (Rocha e Souza, 2018).

A prática de planejamento iniciou nos países socialistas com o intuito de manter o controle do sistema econômico. Nesse contexto, Paim (2010) coloca que:

“A constatação de que as necessidades eram crescentes e que os recursos não as acompanhavam no tempo e no espaço (princípio da escassez) levava à busca de um método que reduzisse tal distância — entre necessidades e recursos — de um modo mais racional (princípio da racionalidade)”.

O objetivo da elaboração de planejamentos estava ligado à alocação de recursos, à produção e distribuição de bens e serviços com vistas à igualdade, de forma a otimizar o uso dos recursos financeiros nesses países (Oliveira e Silva, 2023; Paim, 2010).

Na América Latina, a partir da década de 40 e sob a influência Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) da Organização das Nações Unidas (ONU), ocorre a elaboração das propostas de planejamento inicialmente voltadas para o desenvolvimento econômico e, progressivamente, também para os setores sociais, incluindo o setor saúde (Giovanella, 1991; Paim, 2010; Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017).

Aqui, o modelo estabelecido é o denominado planejamento normativo, onde estão previstos instrumentos para o controle e cumprimento de todas as ações planejadas, desconsiderando variáveis de cunho político ou social (Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017, p. 138). Para Giovanella (1991, p. 31) “o objetivo é otimizar os ganhos

econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção, sendo a escolha de prioridades feita a partir da relação custo/ benefício”.

Já na década de 1960, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com o intuito de apoiar os países da América Latina, buscou elaborar um método de planejamento para a área da saúde que integrasse elementos econômicos e sociais (Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017).

Em 1961, em Punta del Este, no Uruguai, ocorre a reunião de Ministros do Interior dos países das Américas, o que resulta na elaboração da Carta de Punta del Este, e lança o “Programa Aliança para o Progresso”. A Carta estabelece objetivos e metas relacionadas a taxas de mortalidade, saneamento e alimentação, organização dos serviços de saúde e planejamento de saúde (Santos Neto, 2016; Giovanella 1991).

Nesse contexto, a OPAS forma um grupo de trabalho composto por Mario Testa e Jorge Ahumada, representantes do Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), e por Alfredo Guzmán, da Escola de Saúde Pública da Venezuela. Em 1965 apresentam o Método Cendes/Opas, método pioneiro no que concerne à aplicação de um instrumento de planejamento para os sistemas de saúde (Giovanella 1991; Lacerda, Botelho e Colussi, 2014; Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017; Silva *et al* 2023).

Ainda que com forte viés economicista, o método trouxe a proposta do diagnóstico em saúde, mesmo que basicamente descritivo, com a construção e projeção de indicadores de saúde (Teixeira, 2010; Lima, 2023). Silva *et al* (2023, p. 18) descrevem as características deste modelo, também denominado como modelo de planejamento normativo.

“O sujeito que planeja e o objeto planejado são independentes; o conhecimento da realidade por diagnóstico científico; planejamento não considera a historicidade dos fenômenos; trabalha com sistemas fechados; nega o conflito de poderes. Esse modelo só é bem empregado em problemas bem definidos e situações estáveis, logo, não serve para realidade complexa da saúde e seus ambientes instáveis de permanente mudança”.

O método, ainda que tenha trazido avanços significativos na esfera do planejamento do setor saúde, foi descrito por Ferreira, Silva e Miyashiro (2017, p.138) como “frágil na abordagem das relações de poder [...] Configura-se, assim, como ato de controle da sociedade, e não como algo compartilhado com a sociedade”.

Desse modo, na década de 70, o método passou a sofrer críticas pela sua postura prescritiva/normativa, com modelo de gestão verticalizada, onde os planejadores muitas vezes, alheios à realidade local, atuavam de modo a não considerar ou envolver os diversos atores que são parte do sistema (Silva et al 2023; Oliveira e Silva, 2023).

Nesse contexto, no âmbito da saúde pública, surgem dois autores centrais no que se refere a novas vertentes e métodos de planejamento que são: o médico argentino Mario Testa, que abordou o planejamento e a estrutura de poder no setor saúde, com enfoque no planejamento estratégico, e Carlos Matus, que era economista, construiu sobre a temática do planejamento estratégico situacional (Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017).

Testa traz à reflexão o fato de que, para que as ações em saúde sejam de fato resolutivas, o setor saúde não pode ser separado de uma totalidade social, assim como o social não pode ser modificado a partir de propostas de um setor isoladamente (Fuginami, Colussi e Ortiga; 2020). Teixeira (2010, p.26) descreve que, para o autor, é necessário “considerar tanto a situação de saúde de uma população quanto a organização setorial como fenômenos socialmente determinados”.

Sendo assim, o diagnóstico situacional é trazido por Testa como etapa imprescindível de um bom planejamento. E de acordo com Fuginami, Colussi e Ortiga (2020), “esta seria a única maneira de se conseguir uma correta caracterização do setor e de formular propostas que o articulem com outras formulações”.

Outro ponto central das contribuições de Testa aborda o planejamento com base na avaliação das relações de poder entre os diversos atores sociais envolvidos no contexto do diagnóstico situacional (Giovanella, 1991; Jesus e Assis, 1991; Silva et al, 2023). Dos atores sociais, Testa coloca que estão inseridos nos seguintes contextos: da administração central, dos serviços de saúde e das academias (Teixeira, 2010; Lacerda, Botelho e Colussi, 2013).

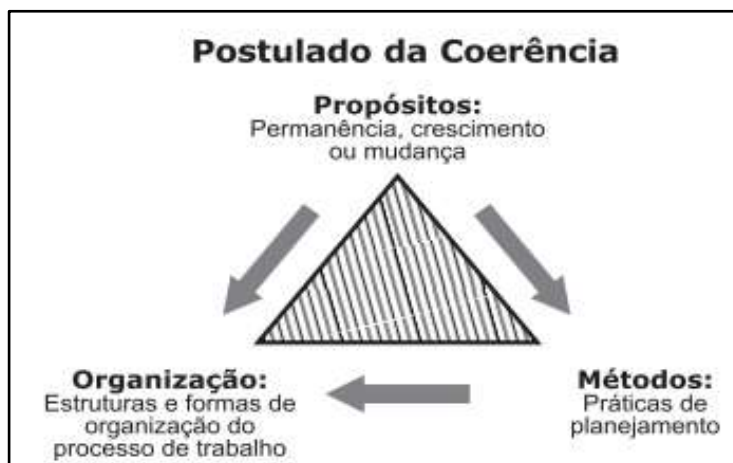
Mário Testa distinguiu o poder em saúde em três tipos, que são:

- O poder administrativo, definido pelas ações que necessitam do gerenciamento de recursos;
- O poder técnico, que se traduz na base de conhecimentos e tecnologias para o funcionamento do setor saúde;
- O poder político, que implica na defesa dos interesses dos diversos atores envolvidos no setor (Teixeira, 2010; Fuginami, Colussi e Ortiga, 2020).

O autor define a *política* como proposta de distribuição de poder e *estratégia* como forma de implementação de uma política (Lacerda, Botelho e Colussi, 2013). Portanto, Fuginami, Colussi e Ortiga (2020) reforçam que “é fundamental para o planejamento identificar os atores e o tipo de poder que eles exercem para potencializar ou resolver o problema priorizado”.

Testa também formulou um diagrama denominado o “Postulado de Coerência”, figura abaixo representada, que mostra: os *propósitos* governamentais, os *métodos* necessários para a concretização dos propósitos estabelecidos e a *organização* das instituições, locais onde serão realizadas as atividades governamentais (Teixeira, 2010; Fuginami, Colussi e Ortiga, 2020). Abaixo a figura que ilustra o Postulado de Coerência, de Mário Testa:

**Figura 1** – Postulado de Coerência de Mário Testa



Fonte: Teixeira, 2010.

O diagrama permite realizar uma “análise de coerência” em estudos que avaliam a formulação e implementação de políticas de saúde, por exemplo, observando os propósitos de um governo, que serão expressos em seus planejamentos, os métodos e tecnologias de gestão utilizadas para que se tornem viáveis e a organização das instituições (Fuginami, Colussi e Ortiga, 2020). Inicia-se, portanto, um reconhecimento da importância da esfera política no processo de planejamento, com destaque para o enfoque estratégico.

Ao término dos anos 70, o economista chileno Carlos Matus também se destacou a partir das proposições apresentadas em sua obra sobre Política, Planejamento e Governo que trouxe o Planejamento Estratégico Situacional como um



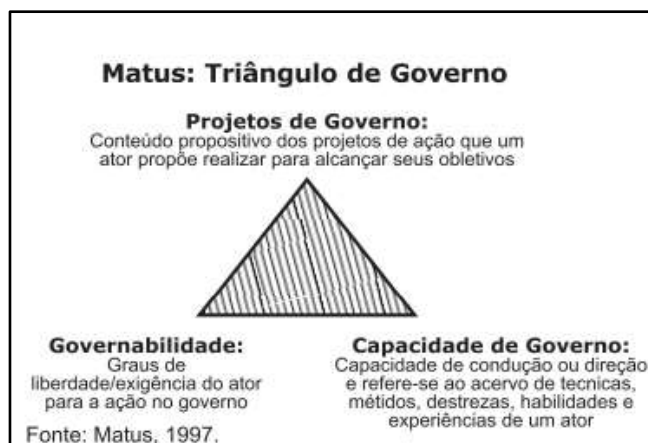
método voltado para situações de poder compartilhado com diferentes atores e setores sociais (Rocha e Souza, 2018; Lima Neto, 2023; Silva *et al*, 2023).

Para Lacerda, Botelho e Colussi (2016) “ação, situação e ator social formam um todo complexo, centrado em problemas e em operações que deverão ser efetuadas para saná-los”. Na definição, uma situação representa um conjunto de problemas que poderá ser explicada de várias formas, visto que surgem de diferentes realidades e conhecimentos trazidos pelos atores, os problemas são ocorrências fora do esperado como “normal” para um ator social, e este último representa um indivíduo ou coletividade com capacidade de ação, que no ato de planejar fará parte da realidade a ser planejada (Teixeira, 2010).

Assim, para ser eficaz, o cerne de todo o planejamento deve basear-se no diagnóstico das situações-problemas e formulado através da interação/participação dos atores sociais com suas diversidades que, através do consenso na priorização de problemas e objetivos a serem alcançados, definirão ações adaptadas ao contexto (Jesus e Assis, 1991; Teixeira, 2010; Rocha e Souza, 2018).

O elemento crucial das proposições de Matus é o denominado “Triângulo de Governo”, figura abaixo representada, e que propõe a articulação de três variáveis: projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema (Teixeira, 2010).

**Figura 2 – Triângulo de Governo de Carlos Matus**



Fonte: Teixeira, 2010.

Quanto à definição das variáveis temos:

- O projeto de governo: que são as propostas relacionadas aos projetos de ação de um ator, dentro do seu interesse e capacidade de governo;

- A capacidade de governo: que inclui a capacidade técnica, domínio dos métodos, habilidades e experiências de um ator e equipe de gestão para o alcance dos objetivos predefinidos;

- A governabilidade do sistema: relacionada às variáveis de domínio do ator; quanto mais variáveis tiver o controle, mais governabilidade terá (Teixeira, 2010).

Em si, o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus abrange métodos que serão aplicados nos vários momentos deste planejamento, conforme apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 1 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional**

<b>MOMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>EXPLICATIVO</b>	Análise situacional: identificação, descrição e análise profunda dos problemas e suas causas.
<b>NORMATIVO</b>	A partir do cenário identificado, define as ações diante do problema e dos objetivos que se pretende alcançar.
<b>ESTRATÉGICO</b>	Define as operações e viabilidade das propostas.
<b>TÁTICO-OPERACIONAL</b>	Execução das ações programadas, tal como o monitoramento e avaliação das operações.

Fonte: Do autor, adaptado de Teixeira, 2010.

Portanto, o planejamento não se encerra com a elaboração de planos, programas ou projetos. Deve ser um exercício contínuo, que possibilite uma postura ativa dos gestores dos serviços em relação aos usuários e trabalhadores, não existindo espaço para planos definitivos e fechados, pois a realidade é dinâmica e com desafios contínuos. Mais que um produto findado, um plano é um instrumento sempre aberto a readaptações (Paim, 2010; Silva et al, 2023).

Abaixo a diferenciação dos conceitos dentro do planejamento normativo e planejamento estratégico.

**Tabela 2 – Diferenças entre Enfoque Normativo e Enfoque Estratégico**

Enfoque Normativo	Enfoque Estratégico
<b>Pressupostos</b>	
Planejar é um processo em etapas pré-determinadas. Há independência entre o sujeito (que tem o monopólio do plano) e o objeto do plano.	Planejar é um ato contínuo, e suas fases se interpenetram. Quem planeja atua na realidade foco do planejamento. Não há independência entre o <i>sujeito</i> e o <i>objeto</i> .
<b>Diagnóstico</b>	
Diagnóstico distanciado dos interesses, dos projetos e dos conflitos do cenário-foco do planejamento.	As fases e as etapas (diagnóstico, execução e avaliação) são indissociáveis.
<b>Objeto</b>	
Problemas circunscritos aos aspectos técnicos do cenário ou da situação foco do planejamento.	Problemas relacionados e associados aos processos e aos atores políticos e sociais do cenário ou à situação foco do planejamento.
<b>Realidade Social</b>	
Estática, determinada (mesmas causas produzem os mesmos efeitos e fatos).	Dinâmica, complexa e incerta.
<b>Realização do Plano</b>	
Elaborado por agente (pessoa, órgão) que não pertence ao cenário-foco.	Elaborado com participação dos diferentes atores sociais do cenário-foco do planejamento.

Fonte: Ferreira, Silva e Miyashiro, 2017.

Ao percorrer a história sobre a origem e evolução do planejamento, sobretudo no setor saúde, é possível observar, de acordo com Lacerda, Botelho e Colussi (2013, p.18) que “a forma como percebemos a realidade conduzirá o processo do planejamento”. Portanto, tanto o modelo de planejamento normativo quanto o estratégico, podem vigorar no processo de gestão de um serviço.

A seguir, será abordado as questões de planejamento no SUS, explanando sobre os instrumentos de gestão elaborados e utilizados pela equipe gestora.

## 2.1 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NO BRASIL

Anterior à criação do SUS no Brasil, no que se refere a assistência à saúde, esta era prestada predominantemente por: Santas Casas, que atendiam os indigentes

nos poucos hospitais públicos existentes; Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), especificamente para trabalhadores formais; e o Ministério da Saúde (MS), responsável pelas ações de vigilância à saúde, sanitária e controle de doenças transmissíveis (Abrão, 2023).

No Brasil dos anos 80, representado por um Estado autoritário firmado na ditadura militar, intensificam-se os debates e movimentos para a ascensão de um Estado democrático, com ênfase no debate sobre as políticas públicas, sobretudo as sociais (Raichelis, 2021; Preuss, 2018). Um marco essencial desse processo foi o movimento da Reforma Sanitária, consolidado pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Scatena e Tanaka, 2001).

Preuss (2018, p. 326) coloca que “Neste novo cenário [...] um amplo e heterogêneo conjunto de forças sociais foi protagonista do debate e das propostas frente à crise social, desaguando no processo constituinte do qual resultou a Constituição Federal de 1988”. Esta é o início do rompimento com as políticas centralizadoras e representa um grande avanço relacionado a políticas sociais, incluindo a saúde (Scatena e Tanaka, 2001; Preuss, 2018).

A Constituição Federal (CF) de 88 estabeleceu a “Saúde como direito de todos e dever do Estado” sem, no entanto, definir claramente as fontes de financiamento para garantia desse princípio constitucional. Desse modo, nos anos seguintes, emergem legislações e normas no sentido de organizar aspectos relacionados a gestão do sistema de saúde (Preuss, 2018).

O SUS será regulamentado em 1990, quando sancionadas duas importantes leis, as Leis Orgânicas da Saúde: Lei nº 8080/90 e a Lei nº 8142/90 (Brasil, 1990).

A Lei nº 8.080/90 define as diretrizes que regem a organização e o funcionamento do SUS e é um marco essencial na história da política de saúde no Brasil. No âmbito do planejamento, a lei estabelece uma lógica ascendente, e define os planos de saúde como orientadores das atividades e programações em cada esfera de governo, sendo que estes planos devem ter financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária (Brasil, 1990; Preuss, 2018).

Esta lei, no entanto, apresentou diversos vetos na questão do financiamento e participação social, sendo então promulgada a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação popular aliada à gestão do SUS e define quanto às transferências de recursos intergovernamentais para a saúde. Dos aspectos financeiros, determina que

município deve ter, por exemplo, Fundo de Saúde, conselho de saúde, relatórios de gestão e Plano Municipal de Saúde. (Brasil, 1990; Vieira, 2023).

Como espaços legítimos para a participação popular, a lei dispõe sobre os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde. Os conselhos são órgãos permanentes, deliberativos, representados por profissionais de saúde, usuários do SUS, prestadores de serviço, entidades organizadas e governo. As conferências ocorrem a cada quatro anos, reunindo representantes de diversos seguimentos que terão a função de propor diretrizes que serão base para a formulação de políticas públicas de saúde (Brasil, 1990).

O SUS consolidou-se baseado nos princípios da integralidade, equidade e universalidade, e nas diretrizes de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização, e participação da comunidade (Brasil, 1990). O princípio da universalidade deve garantir que o SUS contemple a todos os cidadãos no território nacional, brasileiros ou não, de forma gratuita, com ações e serviços a serem providas pelo Estado (Preuss, 2018).

O modelo constitui a formação de uma rede de serviços, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que de forma regionalizada e hierarquizada inclui serviços dos mais básicos aos mais complexos, e oferta assistência de forma integral em todos os ciclos de vida dos indivíduos, com ações que abrangem desde a prevenção e a promoção da saúde, até a reabilitação e a cura (Abrão, 2023).

Além da assistência direta, o cidadão é também beneficiado indiretamente. O SUS possui uma ampla rede de instituições de ensino e pesquisa, e forma milhares de profissionais pelo Brasil a partir de valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS. Atua fortemente no campo da vigilância que inclui: controle das doenças transmissíveis, assim como dos agravos e doenças não transmissíveis, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e vigilância sanitária (Brasil, 2010; Paim, 2018).

Outrossim, o SUS avança também nas áreas de assistência farmacêutica, transplantes, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, programas de combate ao tabagismo e de controle ao HIV/AIDS, ESF e Programa Nacional de Imunização (Paim, 2018).

As leis supracitadas fizeram parte apenas do início do processo de implantação do SUS e, no percorrer deste longo caminho, vários outros dispositivos contribuíram para a sua estruturação, financiamento. Desse modo, o SUS é regulamentado ao final de 1990, mas o processo de descentralização da sua gestão se desenvolve a partir

das orientações contidas nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) (Scatena e Tanaka, 2001; Vieira, 2023).

As NOBs foram instituídas por meio de portarias ministeriais visando nortear e priorizar o repasse automático do incentivo financeiro do governo federal para os estados e municípios, além de definir as responsabilidades das três esferas de governo (Junqueira e Castro, 2002; Scatena e Tanak, 2001; Vieira, 2023).

A partir da criação do SUS, podemos destacar três Normas Operacionais Básicas: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Houve também uma primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/01, posteriormente revisada passando a vigorar a NOAS/SUS 01/02 (CONASS, 2003).

A NOB/SUS 01/91, editada ainda pelo INAMPS, tem sua relevância no processo de construção do SUS considerando que foi pioneira em regulamentar questões relacionadas ao seu financiamento (Scatena e Tanak, 2001). Esta instituiu convênios de municipalização, através dos quais os municípios passavam a ser prestadores de serviços, recebendo a remuneração a partir dos procedimentos e atendimentos prestados. Aborda também na necessidade de criação de conselhos de saúde e planos de saúde (Preuss, 2018).

A NOB/SUS 01/93 foi elaborada considerando as diretrizes da IX Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano anterior, e apresentou como tema a municipalização. A partir desta norma foi possível que os municípios se tornassem gestores do sistema de saúde (Brasil, 1993). A norma determinou o repasse do recurso financeiro realizado do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos estaduais e municipais de saúde.

Ainda, a partir desta norma, são criadas: as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) formada por membros da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems); e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), da qual fazem parte paritariamente representantes do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Estas comissões são foros permanentes envolvidas em atividades de negociações, deliberações e pactuações entre os gestores (Junqueira e Castro, 2002; Brasil, 1993; Brasil 2003)

Relacionado à NOB-SUS 01/96, essa trata de questões como: a criação de programas assistenciais como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); cria o Piso da Atenção Básica (PAB) que estabelece uma quantia fixa por habitante do município (Brasil, 1996). Para Junqueira e Castro (2002), esta forma de financiamento diminui a autonomia do município pois vincula o repasse do recurso financeiro à adesão a programas de saúde definida pelo governo federal, não abrindo espaço para priorizar demandas identificadas através do diagnóstico local.

Já em 2001, a NOAS-SUS 01/2001, ampliou responsabilidades dos municípios na atenção básica e definiu do processo de regionalização da assistência (Brasil, 2001).

Enquanto as NOBs ocuparam-se da operacionalização do SUS, não tendo impacto em relação aos resultados efetivos (Machado *et al*, 2009), o Pacto pela Saúde torna compulsória a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários. De acordo com Brasil (2006) “visa à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação Intergestores”.

Portanto, em 22 de fevereiro de 2006, através da Portaria/GM nº 399, são publicadas as diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006).

O Pacto pela Vida estabelece metas sanitárias e, de acordo com Machado *et al* (2009, p. 183) “Está estruturada em um a política de resultados, quando trabalha com a proposição de metas que mostrem a realidade de cada estado ou município, respeitando compromissos orçamentários e financeiros”. Nesta dimensão, são estabelecidas as seguintes prioridades: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (Brasil, 2006; Machado *et al*, 2009).

Quanto ao Pacto em Defesa do SUS, tem como diretrizes, conforme Brasil (2006)

- “1. Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
2. Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.”

Para Fedel *et al* (2009, p.451) “esse pacto vem ao encontro das expectativas há tempo vivenciadas pelo setor, no que se refere ao acolhimento da inserção da população no processo decisório em saúde”.

Por fim, o Pacto de Gestão aborda diretrizes como: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; PPI; regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde (Brasil, 2006). Para Fedel *et al* (2009, p.452), esse pacto “é uma alternativa real de avanços nas ações e serviços de saúde no Brasil”.

Visando fortalecer e definir métodos e instrumentos de gestão básicos para os gestores, em cada esfera de governo, em 2006, por meio da Portaria nº 3.332/2006, o MS institui o “PlanejaSUS”. Portanto, definiu-se a elaboração e utilização dos seguintes instrumentos: OS, PAS, RAG (São Paulo, 2020; Abrão, 2023).

Atualmente, as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS foram consolidadas através da Lei Complementar Nº 141/2012 que descreve que, visando promover a equidade regional, “os planos e metas resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional” (Brasil, 2012).

Desta forma, o planejamento do SUS deve iniciar no âmbito local, e ocorrer de forma ascendente e integrada, até o nível federal, sendo orientado por problemas e necessidades de saúde em cada região de saúde, com transparência e visibilidade, mediante incentivo de participação da comunidade (Santa Catarina, 2021).

Seguindo na perspectiva de aperfeiçoar o processo de planejamento, a Portaria nº 2.135/2013 do MS define formalmente os instrumentos de planejamento do SUS, quais sejam: o OS, a PAS, o RAG e o RDQA. Para Fuginami, Colussi e Ortiga (2020, p. 858) ela “reafirma o planejamento como ferramenta de construção ascendente, com incentivo à participação da comunidade, [...] destacando a utilização dos instrumentos de gestão do SUS”.

A Portaria de Consolidação nº 1 de 2017, impõe que os instrumentos de gestão sejam compatibilizados com os chamados instrumentos orçamentários, que são: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA). Através destes, o Poder Executivo apresentará os programas e ações prioritárias para um período determinado, fixando o valor máximo gasto por cada um, além de discriminar quais serão as fontes de recursos pagadoras utilizadas. As



propostas devem ser encaminhadas ao Poder Legislativo para apreciação e aprovação. (Brasil, 1988, Art. 195).

Dermino, Guerra e Gondinho (2020), ao descrever a gestão em saúde, colocam que “esta, busca através da melhor combinação dos recursos disponíveis, aprimorar o funcionamento das organizações através de ações eficientes, eficazes e efetivas que permitam que a instituição alcance seu objetivo”. Para Paim e Teixeira (2006, p.76) “a gestão em saúde pode ser entendida como estratégias de criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios da organização da política de saúde”.

Para Carmo *et al* (2022, p. 1250) “O ato de planejar em saúde deve estar de acordo com a necessidade da população, uma vez que os problemas e objetivos são identificados para orientar a formulação de projetos e propostas de saúde”. Portanto, são estratégias que se bem planejadas, executadas e monitoradas, têm grande poder de mudança no perfil de saúde de uma população.

Nesse contexto, as políticas públicas têm o objetivo de direcionar a atenção para as maiores necessidades de uma população e focar em ações e serviços para tais. Holfing (2001, p. 31) descreve que políticas públicas são compreendidas “como as de responsabilidade do Estado quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisão que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade”.

### 2.2.1 Plano Municipal de Saúde

O PMS é um instrumento que firma as intenções políticas quanto à implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS, portanto é o principal dentre os instrumentos de gestão (Santa Catarina, 2021). O instrumento é construído a partir das diretrizes estabelecidas pelas esferas estadual e nacional, definidas pelo MS, CONASS, CONASEMS e Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2013).

A elaboração do plano deve ocorrer no primeiro ano de gestão do governo em curso, com execução a partir do segundo ano do governo até o primeiro ano da gestão subsequente. Portanto, a periodicidade deste instrumento é quadrienal, devendo ser revisto anualmente em função dos demais instrumentos já citados, e que são baseados neste planejamento (Santa Catarina, 2021).

Os itens mínimos que devem constar na elaboração do PMS, considerando o Artigo 3º § 3º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013, são:

- “I – Análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
- a) estrutura do sistema de saúde;
  - b) redes de atenção à saúde;
  - c) condições socio sanitárias;
  - d) fluxos de acesso;
  - e) recursos financeiros;
  - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
  - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II – Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III – o processo de monitoramento e avaliação”.

Como documento norteador para a elaboração do PMS 2022-2025, no estado de Santa Catarina, foi publicado no ano de 2021 o “Guia Para Elaboração Do PMS 2022-2025” que coloca as definições e finalidades do PMS, tal como apresenta um “passo a passo” para a elaboração do instrumento. Abaixo representados na figura a dinâmica sugerida pelo governo do Estado de Santa Catarina para a elaboração do PMS pelos municípios:

Figura 3 – Passo a Passo da Elaboração do PMS



Fonte: Adaptado do Guia para a Elaboração do PMS 2022-2025, Secretaria do Estado de SC, 2021.

Como orientação inicial do guia (1º passo) para a elaboração do PMS, tem-se a atividade de formação de um Grupo de Trabalho (GT) com vistas à organização metodológica do processo, que seja composto minimamente por profissionais das áreas de planejamento, vigilância em saúde, atenção primária em saúde, administrativa e financeira, e de sistemas de informação (Santa Catarina, 2021).

Nesta etapa também deve ocorrer o apanhado de documentos como: instrumentos de planejamento já elaborados na vigência anterior, como o PMS, PAS, RAG; planos de governo e relatório da última conferência em saúde; documentos relacionados ao orçamento, tais como PPA, LDO, LOA (Santa Catarina, 2021).

Vale destacar que, regionalmente, o instrumento abrangerá as necessidades de saúde da população identificadas no município, caso venha a incluir as diretrizes definidas pela Conferência Municipal de Saúde e caso tenha, na sua comissão de elaboração, membros do CMS (CONASEMS, 2021).

A etapa seguinte (2º passo) remete à Análise da Situação de Saúde (ASIS). A Opas *apud* Brasil (2015, p. 10) define a ASIS como:

“um processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto.”

Carmo *et al* (2022) coloca que a ASIS é uma etapa fundamental na elaboração do OS, pois permite a produção de um perfil da saúde a população e evidencia suas fragilidades, assim como identifica os pontos críticos da RAS, o que gera um ponto de partida na atividade de planejamento. Ainda, pode ser considerada um instrumento que produz conhecimentos e amplia o acesso a informações que, disponibilizados à comunidade e aos profissionais, representam um suporte ao controle social (Brasil, 2015).

Por fim, a ASIS visa em seu processo final sinalizar, a partir da produção de conhecimento acerca do contexto, a tomada de decisão em saúde mais oportuna em todas as instâncias (Brasil, 2015). Do conteúdo desta análise, deve incluir os seguintes pontos: estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições sócio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; gestão (Santa Catarina 2021).

Ao descrever sobre a estrutura do sistema de saúde, considera-se dados para identificação do município e da SMS, além de informações que contemplem as especificidades do seu território tais como: limites, área geográfica, economia e renda; dados populacionais como a distribuição por gênero e faixa etária, crescimento populacional, distribuição segundo área de residência (urbana/rural), índice de

envelhecimento e esperança de vida ao nascer, grupos vulneráveis, dados referentes à educação (nível escolaridade, taxa de analfabetismo, rede de educação); estrutura sanitária: abastecimento de água, rede de esgoto, coleta de lixo; estrutura organizacional da SMS; recursos humanos da SMS (SANTA CATARINA, 2021).

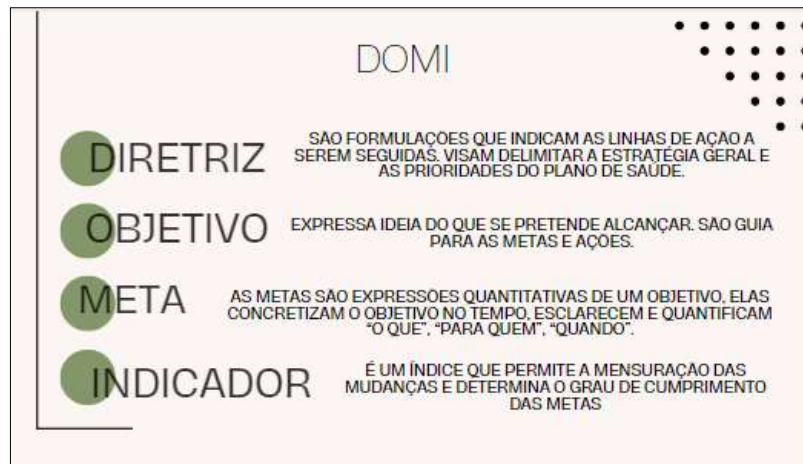
Em relação à estrutura das redes de assistência, bem como produção dos serviços de saúde importa informar: quantidade de unidades básicas de saúde (UBS) e ESF, organização e funcionamento; estrutura da saúde mental; saúde bucal; especialidades médicas, exames e procedimentos. Centros de referência; diagnose; laboratório municipal; serviço de centro de testagem e aconselhamento; sistema de informações utilizados no município; programas de serviços de referência e contrarreferência; vigilâncias em saúde; assistência hospitalar: hospitais (organização, funcionamento, porte, número leitos destinados ao SUS, disponibilidade de equipamentos) serviços de referência e contrarreferência. Unidade de Pronto Atendimento – UPA; Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU); assistência farmacêutica (SANTA CATARINA, 2021).

Para a captação dos dados para compor o perfil epidemiológico da população residente no município, poderão ser utilizados diversos sistemas de informações de saúde, municipais e nacionais, permitindo que sejam calculados indicadores de saúde, tais como taxas de natalidade, de mortalidade infantil e materna, de mortalidade geral e por sexo, e de morbidade hospitalar. Estes dados têm total relevância para esta etapa do planejamento e deverão ser analisados e comentados, indicando os problemas e necessidades refletidos na informação.

Concluído este momento, recomenda-se identificar e definir os problemas de saúde e elencar as prioridades que comporão o PMS. Portanto, a etapa a seguir (3º passo) visa definir os problemas de saúde e quais as prioridades serão levadas a compor o PMS (4º passo). Santa Catarina (2021, p 20) coloca que “priorizar não significa descartar problemas, mas sim decidir acerca daqueles que serão enfrentados primeiro”, devendo-se considerar sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo.

Estes problemas agora priorizados, serão traduzidos em diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI). A seguir os conceitos envolvidos nesta etapa (5º passo):

**Figura 4 – Diretriz, Objetivo, Meta e Indicador (DOMI)**



Fonte: Adaptado do Guia para a Elaboração do PMS 2022-2025, Secretaria do Estado de SC, 2021.

É fundamental ainda que o PMS seja um documento conciso, com objetivos fáceis de serem executados. A gestão deve comprometer-se com a viabilização de ações previstas de acordo com os recursos disponíveis, garantir a elaboração da previsão orçamentária e, por fim, realizar periodicamente o monitoramento e avaliação, a fim de que haja um redirecionamento de suas ações na PAS, conforme as necessidades apresentadas (São Paulo, 2017).

Após finalizado, o PMS deve ser submetido à apreciação, na íntegra, do CMS e, após aprovação, ser disponibilizado em meio eletrônico no sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (DGMP) (6º passo). O DGMP é uma plataforma digital regulamentada pela Portaria GM/MS n. 750, de 29 de abril de 2019, de uso obrigatório para estados e municípios. O uso do sistema possibilita aos gestores o registro do OS, da PAS, do RDQA e do RAG, que serão encaminhados também para à apreciação do conselho de saúde (Brasil, 2021).

A elaboração e apreciação do PMS, em todas as suas etapas, por si só não findam o objetivo proposto pelo instrumento. Todas as proposições elencadas necessitam de um olhar contínuo, por isso, a avaliação e o monitoramento são também etapas fundamentais deste processo (7º passo). Santa Catarina (2021, p. 30) descreve que esta é “a primeira parte do processo avaliativo que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações constantes no PMS”.

Esta etapa permite aos técnicos acompanhar a evolução dos objetivos e metas propostas, verificando se estão sendo executados conforme planejado e se estão tendo os resultados esperados. Tomasi, Nedel e Barbosa (2021) colocam que

ambos “são processos dinâmicos e em contínuo aperfeiçoamento e devem embasar a busca constante pela qualidade [...] no Sistema Único de Saúde”.

Logo, a intenção de monitorar é colocar à disposição da equipe gestora informações quanto ao andamento das atividades, identificando as fragilidades e, partindo de uma análise reflexiva, redirecionar processos e esforços, na intenção de gerar resultados que de fato impactem na qualidade de vida da população. Para tanto, três instrumentos são fundamentais: PAS, o RAG e o RDQA.

### 2.2.2 Programação Anual de Saúde

A Portaria MS/GM nº 2.135/2013, descreve a PAS como “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no OS e tem por objetivo anualizar as metas do OS e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados”. Assim, para que possa de fato ser executada, a PAS precisa ser transposta para uma perspectiva anual, em articulação com o exercício orçamentário da administração pública (UFMA/UNASUS 2016).

Os itens mínimos que devem ser considerados na elaboração do PAS, de acordo com o Artigo 4º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013, são:

- I – A definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II – A identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS;
- III – A previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS”.

Deve ser aprovada pelo CMS antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

### 2.2.3 Relatório Anual de Gestão

De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, o RAG é um documento elaborado anualmente, que permite ao gestor apresentar o que foi executado e os resultados alcançados baseado na PAS e permite os redirecionamentos necessários no OS (Distrito Federal, 2022). Os itens a serem considerados na elaboração do RAG, conforme Artigo 6º da Portaria MS/GM nº 2.135/2013, são: “I – as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; II – as metas da PAS previstas e executadas; III –

a análise da execução orçamentária; e IV – as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.”

A submissão do RAG será realizada utilizando-se o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus) que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pelo MS, alimentada por técnicos cadastrados como gestores do sistema. O relatório elaborado pelos gestores do SUS deverá ser enviado para análise do Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária e este emitirá o parecer quanto ao relatório também utilizando o sistema (Brasil, 2014).

Vale ressaltar que o RAG essencialmente é um instrumento que, se bem manejado, induz as equipes de saúde, tanto assistenciais quanto gestoras, a um processo de “ação-reflexão-ação” do planejamento. Portanto, sua construção é coletiva e deve envolver vários atores nesse processo (UFMA/UNASUS, 2016).

#### 2.2.4 Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)

A partir de 2013, o Sargsus passou a disponibilizar também o relatório quadrimestral, que é um importante instrumento de monitoramento da execução das ações e serviços de saúde previstos na PAS (UFMA/UNASUS, 2016).

O RDQA foi introduzido pela Lei Complementar nº 141/12 como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da PAS. Deve ser apresentado pela gestão do SUS municipal, através de audiência pública na Câmara de Vereadores, até o final dos meses de maio (relatório do 1º quadrimestre), setembro (relatório do 2º quadrimestre), e fevereiro (relatório do 3º quadrimestre) (Brasil, 2012).

Os itens mínimos obrigatórios na elaboração do RDQA, conforme Artigo 36 da Lei Complementar nº 141/12, são:

“I. montante e fonte dos recursos aplicados no período; II. Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações expressas; III. Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada”.

O RDQA é um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução das ações de saúde que apresenta os resultados, documentando e divulgando à

sociedade e aos órgãos de controle e fiscalização as realizações do órgão gestor do SUS na esfera estadual (Santa Catarina, 2021).

Por fim, cabe salientar que todos os instrumentos descritos acima são base não somente para a gestão do sistema de saúde, sendo fundamentais também para a gestão do orçamento do município. Sendo assim, os cronogramas e prazos dos instrumentos de gestão e dos instrumentos referentes ao planejamento orçamentário (PPA, LDO e LOA) seguem relacionados (CONASEMS, 2021).

## 2.2.5 Instrumentos do Planejamento Orçamentário

### 2.2.5.1 Programação Plurianual

O PPA é um instrumento orçamentário onde constará a programação do Governo, com a descrição das diretrizes, metas financeiras e objetivos, para os próximos quatro anos. Do Estado orientará o planejamento e a gestão da Administração Pública. Consoante com o PMS, sua vigência se dá por quatro anos, iniciando no segundo ano de governo até o primeiro ano do governo sucessor. Deve ser encaminhado até 31 de agosto, prazo de quatro meses antes do encerramento do primeiro ano do exercício financeiro (CONASEMS, 2021).

### 2.2.5.2 Lei de Diretrizes Orçamentárias

É também um instrumento da administração pública, define metas prioritárias para o exercício financeiro subsequente. Conforme o CONASEMS (2021, p.80):

A LDO, em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), também deve conter aspectos do equilíbrio entre receita e despesas; dos critérios e limites para empenho; das normas de avaliação e controle dos recursos de programas atrelados ao orçamento; das condições para transferências de recursos a instituições públicas ou privadas, da caracterização das metas fiscais e dos riscos fiscais.

Deve conter ainda orientações para a elaboração da LOA e dispor sobre quaisquer alterações nas leis tributárias. O prazo para o envio do projeto de LDO deve ser enviado ao legislativo anualmente, até o dia 15 de abril (CONASEMS, 2021).



### 2.2.5.3 Lei Orçamentária Anual

Este instrumento expõe as ações a serem realizadas, determinam a receita necessária e autoriza os gastos. Deve ser condizente com a PPA e à LDO e elaborado para um exercício equivalente há um ano. O projeto de Lei deve ser submetido ao legislativo até quatro meses antes do final do exercício financeiro (31 de agosto). O monitoramento da execução orçamentária é realizado a cada quadrimestre, nos meses de maio, setembro e fevereiro (CONASEMS, 2021).

Desse modo, compreende-se que o planejar e executar ações em saúde exige o uso de instrumentos estabelecidos em lei, com prazos específicos, visando conferir sobretudo a transparência do processo de gestão do SUS (São Paulo, 2017). Abaixo, figura ilustrando o calendário do planejamento em saúde a ser seguido pelos gestores municipais, com os instrumentos de gestão e orçamentários e respectivos prazos para o período de um ano.

**Figura 5 – Calendário do Planejamento em Saúde**



Fonte: SEMS-GO, 2021.

Como já visto, os instrumentos descritos estão interligados em suas funções, e compõem, de acordo com São Paulo (2017, p10) “um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS”.

## **3 MÉTODO**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, pautada em uma análise documental como percurso metodológico. De acordo com Minayo (2009 *apud* Lima Junior, 2021) esse método “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Portanto, a pesquisa qualitativa enquanto metodologia busca compreender e detalhar em profundidade os fatos, ao invés de medi-los (Lima Júnior, 2021).

### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo ocorrerá na cidade de Criciúma, que está localizado na região sul do estado de Santa Catarina, a 191 km da capital Florianópolis. A sua rede de atenção primária é composta em estrutura física por 48 Unidades Básicas de Saúde e 03 extensões, que comportam 51 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), 02 Equipes de Atenção Primária (EAP), 37 Equipes de Saúde Bucal (ESB).

A RAS inclui também 02 UPAS como portas de entrada para urgências e emergências. A rede de Saúde Mental engloba 04 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS I, CAPS II, CAPS II AD, CAPS III, além de 02 Residenciais Terapêuticos. A rede de especialidades também é ampla, e inclui mais de 30 especialidades médicas, Centro Especializado em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, Equipe de Consultório na Rua, Ambulatório de Feridas e Ostomias (Criciúma, 2021).

#### **3.2.1 Critério de inclusão**

Serão incluídos nesta pesquisa os seguintes relatórios: o PMS 2022-2025 e o 1ª e 2º RDQA de 2023, correspondente ao período de 1º de janeiro a 30 de abril e 01 de maio a 31 de agosto, documento estes elaborados e pela SMS de Criciúma e disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Criciúma.

### 3.2.2 Critério de exclusão

Na etapa de análise das metas, foram excluídas as metas que não apresentaram indicador a ser alcançado no ano de 2023.

## 3.3 COLETA DE DADOS

O trabalho trata-se de uma análise documental, método que busca fatos e informações em documentos a partir de interesses específicos e, portanto, tem o documento como objeto de estudo (Lima Junior, 2021). Para Cellard (2008, p. 295 *apud* Lima Junior, 202, p 41) o documento é

“instituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente”.

Para Pimentel (2001, p. 180), os documentos “precisam ser encontrados, “extraídos” das prateleiras, receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça”.

Desse modo, inicialmente foram pesquisados conteúdos relacionados ao planejamento em saúde e aos instrumentos de gestão, com ênfase em materiais orientativos (como manuais, cadernos e legislações) elaborados sobretudo por órgãos governamentais.

Foram reunidos os documentos a serem analisados nesta pesquisa, que são o PMS referente ao período de 2022-2025 e o RDQA, relacionado ao primeiro e segundo quadrimestres de 2023 (01 de janeiro a 30 de abril e 01 de maio a 31 de agosto, respectivamente), todos elaborados pela SMS de Criciúma.

Os arquivos digitais foram organizados em pastas de acordo com assunto e classificação (artigos, manuais, leis, por exemplo). Para Pimentel (2001, p. 184) “Organizar o material significa processar a leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes”. Portanto, a leitura e

agrupamento das referências permitiu a construção de um “roteiro” a ser considerado a base deste trabalho, visto que uma fonte complementa a outra.

No momento seguinte, foi elaborado um checklist (Apêndice A) baseado na Portaria 2.135/2023 que permitiu o alcance de um dos objetivos desta pesquisa, que foi verificar se o PMS de Criciúma cumpre com a estrutura mínima de informações recomendadas na legislação.

E finalizando a etapa de coleta de dados, com o intuito de tornar visualmente mais prático o processo de coleta de dados e produção de informações, adaptou-se a planilha que contém a DOMI do PMS nesta pesquisa, onde estão descritas as metas estabelecidas para cada objetivo, incluindo colunas com as seguintes informações: “Meta para 2025”, último ano de vigência do plano; “Meta para 2023”, ano em questão; “1º Q” (1º Quadrimestre) e “2º Q” (2º Quadrimestre).

Para a produção de dados referentes ao cumprimento das metas, nos campos “1º Q” e “2º Q”, foi utilizada uma escala de cores com as seguintes representações: cor Vermelha para a meta “Não Alcançada (NA)”; cor amarela para a meta “Parcialmente Alcançada (PA)” e a cor verde indicando a meta “Alcançada (A)”.

### **3.4 ANÁLISE DE DADOS**

A etapa seguinte à coleta dos dados é a análise das informações apresentadas. Para Lima Júnior (2021, p. 38) “Logo, para se utilizar os documentos, na pesquisa, cabe ao pesquisador analisá-los e definir se será ou não preponderante para o estudo”.

Os dados obtidos a partir do checklist foram apresentados no capítulo dos resultados e discussões, com as devidas considerações. E por fim, foram analisados os dados gerados a partir da planilha adaptada para avaliação do alcance das metas no 1º e 2º RDQA.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que sua fonte de dados se deu em informações secundárias divulgadas pela SMS de Criciúma, publicadas on-line, sendo de propriedade pública. Além disso, o estudo não apresenta variáveis nominais de modo a reconhecer os sujeitos da pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município de Criciúma, o processo de elaboração do PMS 2022-2025 iniciou a partir da instituição da Comissão Mista para elaboração do PMS de 2022-2025, nomeada pelo Decreto SG/nº540 de 17 de março de 2021, e formada por representantes trabalhadores da saúde (gestão e assistência) e de representante do CMS (Criciúma, 2021).

Em seguida, ocorreu a organização das etapas posteriores que incluíram: atualização de indicadores, pesquisa para fundamentação teórica, elaboração de formulário eletrônico para identificação de problemas e possíveis soluções aplicáveis, inclusão das contribuições da IX Conferência Municipal de Saúde realizada em 2019, e ainda, a sua disponibilização pública (Criciúma, 2021).

A etapa de apreciação envolveu a organização de reuniões entre membros do CMS e Gestão para leitura do plano na íntegra. Nestes momentos foram debatidos e destacados vários pontos para revisão e esclarecimentos. Por este motivo a etapa de aprovação do PMS 2022-2025 foi concluída apenas em março de 2023. A versão final do PMS 2022-2025 apresentou a seguinte estrutura:

**Tabela 3** – Estrutura do Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2023). Criciúma, Santa Catarina, 2022/2023.

DIRETRIZ	OBJETIVOS	METAS
1 - Garantia de acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência.	7	58
2 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.	10	59
3 - Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.	11	39
4 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio da implementação do Núcleo de Bem-Estar Animal (NBA).	2	6
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>162</b>

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Criciúma, 2021.

Com o intuito de verificar se o PMS 2022-2025 do município contém os requisitos mínimos recomendados pela Portaria 2.135/2013, utilizou-se de um checklist (Tabela 4) elaborado pela autora.

**Tabela 4** – Checklist do Plano Municipal de Saúde (PMS 2022-2023). Criciúma, Santa Catarina, 2022/2023.

CHECK LIST PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (Baseado na Portaria 2.135/2013)		Cumpre Requisito?	
		Sim	Não
<b>Art. 3º</b>	Contém a identificação período de vigência e esfera administrativa.	X	
<b>§ 1º</b>	Contemplou todas as áreas de assistência à saúde.	X	
<b>§ 2º</b>	Observou prazo do PPA.	X	
<b>§ 3º</b>	I - Análise situacional	X	
	estrutura do sistema de saúde	X	
	redes de atenção à saúde	X	
	condições socio sanitárias	X	
	fluxos de acesso	X	
	recursos financeiros	X	
	gestão do trabalho e da educação na saúde	X	
	ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão	X	
	II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores	X	
	III - o processo de monitoramento e avaliação.	X	
<b>§ 6º</b>	Garantiu a transparência e a participação popular.	X	
<b>§ 7º</b>	Considerou as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde.	X	
	Foi submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.	X	
	Foi disponibilizado em meio eletrônico no SARGSUS.	X	

Fonte: Autora, 2023.

Após a leitura na íntegra do PMS foram obtidos os seguintes resultados:

O PMS 2022-2025 do município de Criciúma contemplou a todos os itens essenciais na sua elaboração. No entanto, algumas categorias relacionadas à “Análise situacional” foram abordadas de forma menos abrangente, quais sejam:

- “Recursos financeiros”: item que se refere a explanação do investimento e custeio das ações planejadas;
- “Gestão do trabalho e da educação em saúde”: que diz respeito ao quantitativo de servidores do município, os vínculos empregatícios, e classificação da formação profissional, abordando questões como a existência de Plano de

Cargos e Salários ou discussão das consequências advindas da precarização do trabalho;

- “Ciência, tecnologia, produção e inovação”: que apresenta as instituições, no seu território, envolvidas com a pesquisa, produção e inovação em saúde (Nunes, 2018).

A recomendação da “transparência e participação popular” também foi um requisito que, devido ao momento pandêmico, necessitou de adaptações, limitando a participação da ampla população em discussões presenciais com a equipe técnica e gestora.

Carvalho *et al* (2023) apontaram em seu estudo que apenas 2% dos planos analisados apresentaram ASIS contendo todos os temas recomendados, sendo que as descrições que mais ocorrem, à semelhança do Município de Criciúma, são as de condições socio sanitárias (97%) e de estrutura do sistema de saúde (81%).

Quanto à demonstração financeira, Saliba *et al* (2013), ao analisarem os planos de saúde de três municípios do estado de São Paulo, apontaram deficiências na explanação deste, resultado que concordou com o estudo realizado por Nunes (2018) onde os PMS não apontaram os recursos financeiros advindos do financiamento do SUS.

A “Gestão do trabalho e educação na saúde”, também estão ausentes nos planos analisados por Nunes (2018). Carvalho *et al* (2023) demonstraram que o item de “Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde e Gestão” são descritos em apenas 3% dos planos, diferente do estudo de Nunes (2018), onde o item não constou nos PMS analisados.

Pode-se afirmar que uma análise situacional incompleta ou superficial interfere diretamente na construção de um diagnóstico local que possa traduzir o contexto mais próximo da realidade, e que permita a articulação dos problemas prioritários serem trabalhados pela gestão (Allebrandt e De Carli, 2023).

Por fim, Carvalho *et al* (2023, p.15) defendem que a tendência em basear o PMS na descrição das condições socio sanitárias e de estrutura do sistema de saúde nos remete a um modelo de gestão cujo olhar está voltado aos problemas de saúde e ofertas de serviços e que, conseqüentemente, não considera “a organização do sistema, a determinação social do processo de saúde e doença e a necessidade de desenvolvimento de força de trabalho e de tecnologias inovadoras que integrem, ampliem e qualifiquem a rede de atenção à saúde.”

Com relação à “Participação popular”, requisito também contemplado parcialmente, cabe salientar que a elaboração do PMS do município de Criciúma foi realizada em período pandêmico, o que impossibilitou a realização de assembleias comunitárias e reuniões presenciais (Criciúma, 2021).

Ainda que utilizados recursos eletrônicos (formulários eletrônicos e salas de reuniões virtuais), o processo de interação e construção coletiva foi prejudicado. Silva *et al* (2018, p. 38) defendem que “o estímulo à participação de usuários [...] no processo de planejamento em saúde, à luz de suas necessidades individuais e coletivas, é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população e efetivação dos princípios da integralidade.”

Questões relacionadas as dificuldades na etapa de elaboração dos Planos de Saúde, não apuradas nesta pesquisa visto que não fizeram parte do objetivo proposto mas que foram evidenciadas em outros estudos, apontaram deficiências como: déficit de colaboradores preparados tecnicamente para o planejamento, rotatividade da equipe gestora, escassez de recurso financeiro para capacitações de equipe e dificuldade de organizar uma equipe interessada em elaborar o PMS (Mottin, 1999; Carvalho *et al*, 2023).

Essas dificuldades sugerem a necessidade de constante qualificação da equipe gestora através de ações de educação permanente, e constante sensibilização dos atores envolvidos em todo o processo de planejamento (Carvalho *et al*, 2023) que, conforme já exposto neste trabalho, envolve não só a elaboração do instrumento, como também o constante monitoramento das ações planejadas.

Neste estudo, as metas do PMS 2022-2025 foram monitoradas em relação ao período do 1º e 2º quadrimestres de 2023. Utilizou-se a planilha que foi preenchida com as cores (amarelo, verde, vermelho) de acordo com alcance da meta, e o resultado está representado abaixo:



**Tabela 5** – Avaliação e monitoramento 1º e 2º RDQA 2023. Criciúma, Santa Catarina, 2023.

<b>Diretriz 1. Garantia de acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde na Atenção Primária, Atenção Especializada e de Urgência e Emergência</b>					
<b>Objetivo 1.1 - Fortalecer a Atenção Primária em Saúde</b>					
<b>nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Meta para 2025</b>	<b>Meta para 2023</b>	<b>1º Q</b>	<b>2º Q</b>
1.1.1	Aumentar a resolutividade da APS e assim fomentar a redução dos encaminhamentos para a AE.	85	82	81,97	82,70
1.1.2	Criar serviço de tele consultoria de médicos especialistas para médicos da APS.	1	1	0,25	1
1.1.4	Garantir 100% dos nascidos vivos com cadastro realizado no Sistema Próprio ao ano (com qualidade de informação).	100	100	100	100
1.1.6	Reprogramar o Processo de trabalho dos profissionais da Equipe Multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (EM-APS) para que todos realizem ao menos 1 Atividade Coletiva ao mês (Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Profissional de Educação Física e Assistente Social).	100	100	100	100
1.1.7	Garantir a cada Distrito Sanitário 1 equipe multiprofissional completa de referência (Farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e Profissional de educação física).	1	1	1	1
1.1.8	Credenciamento das unidades de saúde porte 2 no Programa Saúde na Hora.	8	6	4	6
1.1.9	Ampliar a cobertura de saúde bucal para 80% na atenção primária.	80%	75%	68,5	68,5
<b>OBJETIVO 1.2 - Garantir o acesso dos beneficiários do Programa Bolsa Família, ou Auxílio Brasil, aos serviços de saúde.</b>					
<b>nº</b>	<b>Descrição da Meta</b>	<b>Meta para 2025</b>	<b>Meta para 2023</b>	<b>1º Q</b>	<b>2º Q</b>

1.2.1	Ampliar a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) ou Auxílio Brasil.	85%	78%	39,1	83,39
1.2.2	Ampliar a cobertura de acompanhamento da condicionalidade de saúde do Programa Bolsa Família ou Auxílio Brasil de crianças.	70 %	55 %	18,3	54,22

**Objetivo 1.3 - Promover a atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar da rede cegonha.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
1.3.1	Atualizar o protocolo de pré-natal, parto e puerpério, a cada 2 anos.	2	1	1	1
1.3.3	Atualizar os profissionais da rede de atenção quanto à rede cegonha, anualmente.	95%	95%		
1.3.5	Ampliar a cobertura da terceira dose da vacina VIP em menores de 01 ano.	95 %	85%	81.79	76.46
1.3.6	Ampliar a cobertura da vacina BCG.	90%	90%	93.87	121.06
1.3.7	Ampliar a cobertura da vacina VTV.	95 %	85%	69.94	83.97
1.3.8	Ampliar a cobertura da vacina pentavalente em menores de um ano.	95 %	95 %	81.90	76.68
1.3.9	Ampliar a cobertura do primeiro reforço ou DU da vacina Pneumocócica 10 valente.	95 %	95 %	87.34	94.09
1.3.10	Ampliar a cobertura do primeiro reforço ou DU da vacina Meningo C.	95 %	90%	82.77	87.23
1.3.11	Manter a taxa de mortalidade infantil abaixo de dois dígitos.	9,9 %	9,9 %	6,4	8,65
1.3.12	Reduzir o número de óbitos maternos.	0	0	0	0
1.3.13	Ampliar a proporção de tratamento adequado nas gestantes acompanhadas e diagnosticadas com sífilis.	100 %	100 %		
1.3.14	Ampliar a cobertura de testagem trimestral preconizada para gestantes.	60 %	60 %		85
1.3.15	Acompanhar 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS com pelo menos 6 consultas realizadas, sendo que a 1ª consulta seja antes da 12ª semana.	60%	60%	58	67

1.3.16	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 2 testes rápidos de Sífilis e HIV (1º e 3º trimestre).	60%	60%	84	92
1.3.17	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 1 (um) atendimento odontológico durante o pré-natal.	60%	60%	71	79
1.3.18	Realizar em 60% das gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe de APS 1(uma) consulta puerperal até o 42º dia do puerpério.	60%	60%	55,27	
1.3.19	Ampliar a cobertura de assistência puerperal em 5 pontos percentuais ao ano. *Em função da pandemia, esse indicador não foi aferido em 2020 e 2021.	42%	32%		
1.3.20	Ampliar a cobertura de atendimento puerperal domiciliar em 5 pontos percentuais ao ano, a partir de 2023. *Em função da pandemia, esse indicador não foi aferido em 2020 e 2021.	20%	10%		

#### Objetivo 1.4 - Fortalecimento da Atenção Especializada e da Rede de Urgência e Emergência

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
1.4.2	Capacitar a RAS quanto ao fluxo do programa Melhor em Casa.	4	1	1	1
1.4.4	Garantir o acesso dos usuários a consultas e exames de média complexidade através da regulação com tempo de espera médio de 60 dias.	60	60		
1.4.5	Garantir o acesso dos usuários a consultas e exames de alta complexidade através da regulação com tempo de espera médio de 24 meses até 2025.	24	36		
1.4.6	Reduzir para 30% o número de atendimentos da cor azul, segundo o Protocolo de Manchester, na rede de urgência e emergência da SMS.	30%	47%		

1.4.7	Realizar atividade de educação continuada para todos os profissionais de saúde do setor de Urgência e Emergência.	100%	100%		
1.4.8	Realizar reforma do prédio de serviço do 24h da Boa Vista.	1	1	0	0
1.4.9	Garantir a cada Distrito Sanitário 1 equipe multiprofissional especializada em saúde mental completa de referência (Psiquiatra, fonoaudiólogo ou Terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social).	6	1	0	0
1.4.10	Criar e implementar 2 Equipes de urgência e emergência odontológica (uma na UPA Rio Maina e outra na UPA Próspera).	2	2	2	2

**Objetivo 1.5 - Fortalecer a assistência farmacêutica visando à melhoria do atendimento aos usuários, de forma eficaz com acesso a medicamentos de qualidade.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
1.5.2	Garantir a presença de pelo menos 1 (um) farmacêutico na Farmácia do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.	1	1	1	1
1.5.3	Garantir a presença de 2 (dois) farmacêuticos na Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.	2	2	2	2
1.5.4	Garantir a presença de pelo menos 1 (um) farmacêutico na Farmácia que atende as demandas judiciais do município.	1	1	1	1
1.5.6	Reformar todas as farmácias para que possibilitem um atendimento humanizado e de qualidade aos usuários.	89%	20%	13	
1.5.7	Implantação de monitor de senha para os guichês de atendimento preferencial de acordo com a Lei 10.048, nas farmácias municipais, exceto farmácias do CAPs.	100%	22%	33,33	33,33
1.5.8	Ampliar o número de farmácias públicas para 02 (duas) por distrito sanitário.	2	1		

1.5.9	Implantação de monitor de senha para os Guichês de atendimento presencial de acordo com a Lei 10.048, nas farmácias municipais, exceto farmácias dos CAPS's.	100%	40%		
1.5.10	Ampliar o número de consultas farmacêuticas de toda rede de atenção à saúde.	51075	42210	28438	30034

**Objetivo 1.6 - Garantir a atenção integral à saúde do trabalhador e das populações e/ou grupos específicos (Negros, LGBTQIA+, pessoas em situação de rua, homem)**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
1.6.1	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população negra com base na política nacional.	1	1	0	0
1.6.2	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população LGBTQIA+, com base na política nacional.	1	1	0	0
1.6.3	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde da população em situação de rua, com base na política nacional.	1	1	0	0
1.6.4	Criar e implantar a linha de cuidado de atenção à saúde integral do Homem, com base na política nacional.	1	1	0	0

**Objetivo 1.7 Garantir acessibilidade aos espaços de saúde.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
1.7.1	Garantir 100% dos serviços de saúde em conformidade com a NBR 9050 (rampa, corrimão, piso e mapa tátil, etc).	100%	75%	85%	95%
1.7.3	Garantir 01 processo licitatório bianual contemplando as necessidades elencadas nos estudos.	2	1	0	0
1.7.4	Garantir a sinalização das salas em 100% dos serviços assistenciais de saúde em inglês.	100%	30%	0	0

**Diretriz 2. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.**

**Objetivo 2.1 - Qualificar a informação epidemiológica, visando a melhoria da gestão das ações e dos recursos em prol da coletividade.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.1.1	Elaborar, no mínimo, um boletim epidemiológico temático (Sinaepi, agravos, imunização, mortalidade, Hepatites virais, tuberculose/hanseníase, IST/HIV/AIDS, CCZ, Nuprevips) ao ano.	4	1	2	5
2.1.2	Reativar as reuniões do colegiado de vigilância em saúde.	40	10	0	3
2.1.3	Realizar 6 reuniões anuais em cada setor da VE para a análise de dados e geração de informação.	6	6	1	3
2.1.5	Criar arquivos de mapa, para uso no Tabwin, por área de abrangência, para todas as unidades de APS.	100	30	0	0
2.1.7	Realizar a notificação oportuna e regular, conforme semana epidemiológica, em 100% das unidades da rede pública. (Responsáveis: gerentes dos serviços assistenciais)	100	50		

**Objetivo 2.2 - Qualificar a atenção à saúde voltada para as ações de Vigilância em Saúde (VS).**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.2.1	Disponibilizar um curso de vigilância em saúde para todos os profissionais da rede municipal de atenção à saúde.	90	50		03
2.2.2	Realizar 5 (cinco) capacitações ao ano sobre temas específicos, de interesse da vigilância em saúde, para a rede de atenção.	20	5	1	1
2.2.3	Realizar 60 visitas técnicas ao ano nos serviços de atenção à saúde.	240	60	18	04
2.2.4	Garantir a participação dos técnicos de vigilância em saúde em 80% dos "eventos" (reuniões técnicas estaduais e nacionais, cursos, congressos e conferências pertinentes a cada setor), quando solicitado.	100	100		06(n)
2.2.5	Capacitar todos os técnicos de vigilância em saúde para o uso dos sistemas de informação do seu respectivo setor.	100	50		02(n)

2.2.6	Promover um encontro de integração anual entre os gerentes da SMS e coordenadores dos setores da VE.	1	1		1
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	--	---

**Objetivo 2.3 - Promover e implementar ações coordenadas para redução e controle de agravos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) (doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias, diabetes mellitus) e o conjunto de fatores de risco comuns à esses agravos como o sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.3.1	Reduzir a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	350	380		
2.3.2	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 0,5 pontos/1.000 ao ano.	5.3 (taxa)	6.3		
2.3.3	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 0,5 pontos/1.000 ao ano.	0.7 (Taxa)	1.7		
2.3.4	Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo em 1 pontos/1.000 ao ano.	26.1 (Taxa)	28.1		
2.3.5	Deter o aumento da taxa de interações por Diabetes Mellitus e suas complicações, ocorridas em caráter eletivo e de urgência. (Dados retirados do SIH/SUS) Fomentar a informação de instituições privadas.	4,13%	4,13%		2,1
2.3.6	Deter o aumento da taxa de internações de carácter eletivo e de urgência do capítulo doenças do aparelho circulatório, considerando-se a lista das doenças que mais geram internações no município. (Considerar as doenças do aparelho circulatório que mais geraram internações hospitalares em análise da série histórica 2018-2021, em ordem decrescente: Insuficiência Cardíaca, Outras Doenças Isquêmicas do coração, AVC não especificado isquêmico hemorrágico, IAM. Dados retirados do SIH/SUS).	35,8%	35,8%	16,00	13,8

2.3.7	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças de 0 a 4 anos em 0,5 pontos percentuais ao ano.	3.8%	4.8%	3,79	3,95
2.3.8	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças de 5 a 9 anos em 1 ponto percentual ao ano.	14.1%	16.1%	13,99	13,34
2.3.9	Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes em 1 ponto percentual ao ano.	11.4%	13.4%	11,58	13,34
2.3.10	Deter o crescimento da obesidade em adultos.	35.6%	35.6%	33,92	33,74
2.3.11	Ampliar o número de indivíduos com acompanhamento de consumo alimentar na APS em 3% ao ano.	3	3		
2.3.12	Aumentar o consumo de frutas, em indivíduos maiores de 02 anos, em 10 pontos percentuais.	55%	50%	50%	61,3
2.3.13	Aumentar o consumo de verduras e legumes, em indivíduos maiores de 2 anos, em 10 pontos percentuais.	53%	48%	44,79	62,2
2.3.13	Realizar Chamada Nutricional de Escolares no município.	3	1	0	0
2.3.14	Deter o consumo de alimentos ultraprocessados.	48 %	48 %	64,2	69,2
2.3.15	Deter o consumo de bebidas açucaradas.	34 %	34 %	47,6	48,5
2.3.16	Reduzir em 10% a prevalência de tabagismo na população cadastrada.	6.727	7.095		10.642
2.3.17	Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 5%, a partir do diagnóstico de 2022.	5 %	2 %		
2.3.18	Atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV.	90 %	70 %	67.38	70.40

**Objetivo 2.4 - Implementar ações visando a melhoria dos indicadores referentes às Hepatites Virais, Tuberculose, Hanseníase e IST/HIV/AIDS em Criciúma**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.4.1	Realizar Campanhas Anuais Educativas e de Prevenção das Hepatites Virais com oferta de testagens rápidas e vacinação (hepatite B), Tuberculose, Hanseníase e IST/HIV/AIDS.	16	04		01



2.4.2	Ampliar a realização de testes para HIV, Sífilis, HCV e HBSAg, em 10% ao ano.	80.401	66.447	60.097	
2.4.3	Realizar a investigação efetiva de SR (Sintomático Respiratório) por 6 meses ou mais, alternado ou consecutivo, em todas as unidades de saúde da APS até 2025.	100 %	60%	74	93
2.4.4	Investigar 1% da população como SR, por área de abrangência das unidades de APS até 2025.	70%	50%	15,7	39,4
2.4.5	Ampliar a proporção de cura de casos novos de TB pulmonar.	85%	83%	81	82

**Objetivo 2.5 – Prevenir a violência e promover a cultura de paz.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.5.1	Ampliar a rede notificadora, nos CRAS e escolas públicas e privadas para a Notificação de Violências.	100%	70%		
2.5.2	Reduzir a taxa de incidência de suicídio por 100.000 habitantes em 5 pontos ao ano.	38,1%	48,1%		

**Objetivo 2.6 - Evitar a ocorrência de casos de dengue e prevenir processos epidêmicos.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.6.1	Ampliar o número de armadilhas de controle vetorial da dengue, 50 ao ano.	766	666		
2.6.2	Ampliar o número de pontos estratégicos (PE) de monitoramento do Aedes aegypti.	280	230		

**Objetivo 2.8 - Reduzir os riscos ao usuário referentes à Assistência Farmacêutica e laboratorial.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.8.4	Implantar 06 (seis) serviços de atenção farmacêutica para usuários com DM e HAS.	6	1	1	1
2.8.6	Garantir a presença do Farmacêutico nas Farmácias públicas, durante todo período de funcionamento do estabelecimento de saúde.	100%	50%		

2.8.7	Reduzir a incidência de intoxicação exógena por medicamento em 2% ao ano.	222	231		
-------	---------------------------------------------------------------------------	-----	-----	--	--

### Objetivo 2.9 - Agilizar os processos de trabalho na Vigilância Sanitária

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.9.2	Tornar digitais todos os processos administrativos da Vigilância Sanitária.	100%	50%		0

### Objetivo 2.10 - Oferecer serviços de saúde mental de qualidade à população

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
2.10.1	Ampliar o número de ações de matriciamento realizadas por CAPS com as equipes de Atenção Primária e serviços de urgência e emergência.	100%	75%		
2.10.4	Viabilizar e manter a alocação adequada do projeto SOMAR (estratégia de desinstitucionalização e geração de renda).	1	1		
2.10.5	Garantir a qualidade dos serviços prestados nos SRTs.	100%	100%		

## Diretriz 3. Fortalecimento à gestão do SUS, com aprimoramento da gestão da informação.

### Objetivo 3.1 - Melhorar a infraestrutura dos serviços de saúde

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.1.1	Alocar 90% dos setores de vigilância em saúde, em sede própria, com instalações adequadas a cada serviço e em local centralizado.	90%	90%	90	90
3.1.2	Realizar uma avaliação ergonômica, por equipe especializada, de todos os ambientes de trabalho dos serviços de saúde, para a definição dos descritivos de móveis e equipamentos de acordo com a NR17.	100%	50%		
3.1.3	Garantir a manutenção CORRETIVA de todas as Geladeiras, Câmaras Frias, Gerador, Ar-condicionado das salas de vacina e dos equipamentos disponíveis e em uso pelos serviços de saúde.	100%	100%	100	100

3.1.4	Garantir a manutenção PREVENTIVA de todas as Geladeiras, Câmaras Frias, Gerador, Ar-condicionado das salas de vacina e dos equipamentos disponíveis e em uso pelos serviços de saúde.	100%	100%	100	100
3.1.5	Garantir a aquisição e manutenção de todos os equipamentos de informática adequados às necessidades de todos os serviços de saúde.	100%	100%		
3.1.7	Construção de sede própria para o CAPS II, II ad, III e ij.	4	2	0	0
3.1.8	Credenciar o CEO tipo II para tipo III	1	1	00	00

**Objetivo 3.2 - Garantir infraestrutura para realização de videoconferências e/ou trabalhos on-line nos serviços de assistência/gestão/apoio.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.2.1	Manter um processo licitatório ao ano para criar/manter as estações de trabalho multimídia em funcionamento.	1	1	0	1
3.2.2	Manter um serviço de manutenção predial com empresa especializada para atendimento de toda SMS.	1	1	1	1
3.2.3	Manter serviço especializado de fornecimento de material de construção civil, elétrico e reparos em geral.	1	1	1	1

**Objetivo 3.3 - Ampliar o quadro de servidores públicos efetivos para sanar o problema de alta rotatividade de profissionais**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.3.1	Elaborar 1 (um) Estudo na Lei Compl. 101 de 20/12/2013 para possível ampliação de cargos para atender as demandas da SMS.	1	1	1	1
3.3.3	Garantir 1 (um) concurso público em vigência para todos os cargos da rede de saúde.	1	1	1	1
3.3.4	Garantir 1 (um) processo seletivo em vigência para todos os cargos da SMS (inclusive ACS's e ACE's).	1	1	1	1

**Objetivo 3.4 - Aprimorar as Políticas de Gestão de Pessoas e de Educação Permanente em Saúde e Humanização**

nº	Descrição da Meta	1º Q	2º Q
----	-------------------	------	------

		Meta para 2025	Meta para 2023		
3.4.2	Implementar o processo de integração de novos servidores no SUS.	1	1	1	1
3.4.3	Realizar pesquisa de clima organizacional nos serviços da SMS.	100%	50%	00	00
3.4.4	Fortalecer o trabalho do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização.	12	12	04	09
3.4.5	Publicar a Política e o Plano Municipal de EPSH.	2	1	1	1
3.4.6	Elaborar e Publicar anualmente calendário de EPSH.	1	1	1	1
3.4.7	Aperfeiçoar a integração entre Ensino e Serviço de Saúde.	8	2	1	2

**Objetivo 3.5 - Garantir serviços adequados a gestão plena do sistema assistencial.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.5.1	Ampliar as auditorias realizadas em 80%, em relação ao resultado de 2021.	80%	50%		
3.5.2	Informatização dos processos administrativos do Controle, Avaliação e Auditoria.	100%	100%		
3.5.3	Elaborar Normas e Rotinas para todas as Gerências da SMS conforme o organograma Oficial.	17	17		
3.5.4	Ampliar Monitoramento dos contratos em 10 pontos percentuais ao ano.	46,4%	26,4%		
3.5.5	Garantir a Câmara de compensação da Programação Pactuada Integrada (PPI) com os municípios.	1	1		

**Objetivo 3.6 - Agilizar os processos de trabalho na SMS visando a melhoria da gestão das ações.**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.6.2	Ampliar os registros de produção farmacêutica para 100.000 registros.	100.000	70.000	28.438	

**Objetivo 3.10 - Implementar ações para a redução do absenteísmo das consultas e exames**

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
----	-------------------	----------------	----------------	------	------

3.10.1	Manter a taxa de absenteísmo para consultas e exames em até 15%.	15%	25 %	16%	
--------	------------------------------------------------------------------	-----	------	-----	--

#### Objetivo 3.11 - Fortalecer os mecanismos de Controle Social

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
3.11.1	Realizar a cada dois anos a Conferência Municipal de Saúde.	2	1	1	Meta alcançada.

#### Diretriz 4. Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio da implementação do Núcleo de Bem-Estar Animal (NBA).

##### Objetivo 4.1 - Diminuir a população de animais (cães e gatos) errantes.

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
4.1.1	Realizar 3000 castrações ao ano.	10800	3000	3000	Meta alcançada.

##### Objetivo 4.2 - Garantir as ações preventivas e curativas de animais de rua e tutelados (renda até 3 SM) a fim de evitar problemas de saúde da população.

nº	Descrição da Meta	Meta para 2025	Meta para 2023	1º Q	2º Q
4.2.1	Implementar o Núcleo de Bem-estar animal na SMS.	1	0	Meta alcançada em 2022	Meta alcançada em 2022
4.2.2	Implementar o serviço de Farmácia Veterinária Solidária.	1	0	0	
4.2.3	Incluir no Calendário da SMS o Dia Mundial dos Animais.	4	1	0	
4.2.4	Implementar o SAMU-VET	1	1	0	
4.2.5	Garantir ao menos 30.000 doses de Vacina V-10 para imunização de animais.	30.000	10.000	0	

E embora não seja o objetivo deste trabalho explorar minuciosamente as causas que interferem no alcance das metas, algumas considerações podem ser feitas acerca das fragilidades encontradas no alcance dos objetivos do PMS.

As questões da “Gestão do trabalho”, relacionadas ao quadro de servidores e precarização do trabalho interferem diretamente na execução de ações e alcance de metas. Inclusive, a ausência de profissionais no quadro de servidores são dificuldades relatadas pelos gerentes para o alcance das metas 1.1.9, 1.2.1, 1.2.2, 1.4.9, 1.5.8, 1.5.10, por exemplo. E não só a falta desses profissionais, como também a questão

do dimensionamento interfere diretamente na qualidade da assistência e na capacidade em desempenhar todas as ações estabelecidas no Plano.

Algumas metas dependem da articulação e integração de pastas do setor saúde, assim como parcerias com demais áreas como educação, serviço social, entre outros. A intensidade dessas relações interfere diretamente no alcance de metas, como ocorre nas questões relacionadas à vacinação do infante e adolescente, descritas nos itens 1.3.5, 1.3.7, 1.3.8, 1.3.10, 1.6.1, 1.6.2, 1.6.3, enfrentamento doenças crônicas ou que exigem a mudança do estilo de vida e as metas demonstradas no Objetivo 2.3.

Organização do fluxo de trabalho e apoio matricial também são questões que afetam a produção de serviço e de indicadores, como demonstrado nas metas 1.3.13, 1.3.19, 1.3.20.

Não só relacionado a essas articulações, alguns indicadores não alcançados, como os 2.1.2, 2.1.3, 2.2.2, indicam a dificuldade das equipes de saúde e setores da pasta em priorizar a organização de reuniões para o planejamento, avaliação e monitoramento de ações.

O executado nas metas 1.5.6, 1.5.8, 1.5.9, 1.7.4 3.1.7 traduzem os entraves no que se trata da escassez de recurso financeiro e aos processos burocráticos que envolvem compras de materiais, equipamentos e serviços, na área da gestão pública. Assim como serviços e recursos que dependem de credenciamentos com o Ministério da Saúde, como nos itens 1.1.9 e 3.1.8.

A tabela evidencia uma questão importante relacionado ao preenchimento do RDQA que é a quantidade de metas onde há a descrição de ações desenvolvidas, mas não há a descrição do indicador nos quadrimestres, como ocorre por exemplo nas metas 1.3.3, 1.3.12, 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4. Ocorre ainda, como nas metas 2.2.4, 2.2.5, 2.8.6, 2.8.7, 3.1.2, indicadores representados de forma equivocada (em número absoluto, quando deveria ser calculado a taxa, por exemplo). Ocorre também o não preenchimento do RDQA, como nos itens do Objetivo 2.6, Objetivo 2.10, Objetivo 3.5 e Objetivo 4.2, este referente ao 2º quadrimestre.

Das metas descritas a seguir, não foi realizada pelos gestores a análise das ações como também não consta em planilha o cálculo do indicador. Portanto, não consta nenhuma informação das metas no primeiro quadrimestre: 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.3.16, 2.4.1, 2.9.2 e 3.1.2. No segundo quadrimestre, o mesmo ocorreu com as metas: 2.3.17, 3.6.2, 3.10.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4 e 4.2.5. Ainda, em ambos os

quadrimestres, não foram avaliadas as metas: 2.5.1, 2.5.2, 2.6.1, 2.6.2, 2.10.1, 2.10.4, 2.10.5, 3.1.5, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.5.4 e 3.5.5.

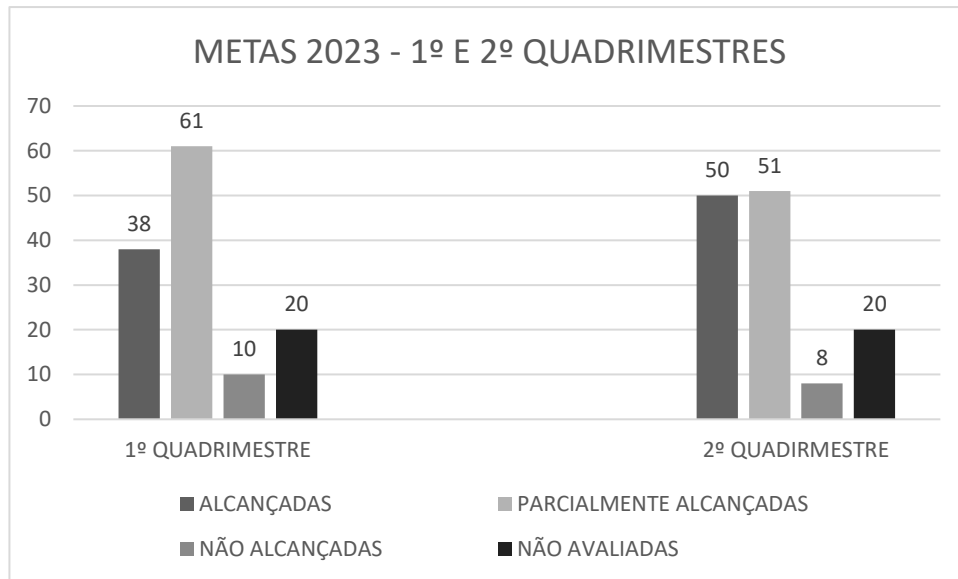
Esta ausência de informação pode revelar uma dificuldade, por parte da equipe gestora, quanto ao preenchimento correto da planilha do RDQA, e até desconhecimento quanto as atribuições inerentes à função de gestor no âmbito do SUS, função esta que exige o envolvimento com os instrumentos de gestão.

Por fim, cabe ainda salientar duas questões que refletem na continuidade das análises das metas e no preenchimento dos relatórios. A primeira delas a rotatividade dos profissionais responsáveis pelos setores da secretaria de saúde. E o segundo ponto se refere a dificuldade existente entre os setores no que tange a comunicação e trabalho intersetorial, visto que várias das metas não avaliadas tinham eram de responsabilidade de mais de um setor.

Foram avaliadas o total de 129 metas: 50 metas que pertencem a Diretriz 1, 46 da Diretriz 2, 27 metas da Diretriz 3 e 06 da Diretriz 4. Foram excluídas desta análise as metas que não apresentaram indicador a ser alcançado no ano de 2023.

Das 129 metas avaliadas no 1º quadrimestre, e reavaliadas no 2º quadrimestre, observou-se os seguintes resultados: as metas “alcançadas (A)” totalizaram em 38 metas (29,45%) no 1º Quadrimestre, valor que apresentou melhora no 2º quadrimestre, com 50 metas cumpridas (38,75%). As metas “parcialmente alcançadas (PA)” representaram o total de 61 (47,29%) e 51 (39,53%) no 1º e 2º quadrimestres, respectivamente. Já as metas “não alcançadas (NA)” somaram 10 (7,75%) no 1º quadrimestre, reduzindo para 8 (6,2%) no 2º quadrimestre.

Cabe salientar o quantitativo de metas sobre as quais não foram prestadas nenhuma informação, que mantiveram o total de 20 (15,5%) nos dois quadrimestres em questão. A ausência de informação impossibilitou a análise e classificação delas dentro das categorias deste estudo. Abaixo gráfico demonstrando os dados descritos.

**Figura 6 – Metas 2023 1º e 2º Quadrimestres. Criciúma, Santa Catarina, 2023.**

Fonte: do Autor, 2023.

Além das questões já evidenciadas pelos gerentes no preenchimento do RDQA, fica evidente que fatores como a rotatividade da equipe gestora, o nível de conhecimento e sobretudo o comprometimento enquanto corresponsáveis pelos instrumentos de gestão, são determinantes no alcance dos objetivos planejados.

Ainda, cabe ressaltar que assim como demonstrado no estudo de Miranda, Carvalho e Cavalcante (2012), ao entrevistar gestores municipais do Brasil, e à exemplo do município de Criciúma, não existe servidor ou uma equipe com atuação especificamente na área de planejamento, avaliação e monitoramento. Também são insuficientes os recursos financeiros destinados para investimentos neste fim.

Portanto, para que os instrumentos de gestão sejam de fato norteadores de ações de uma equipe gestora e para que causem impacto positivo na saúde de uma população, é fundamental que a equipe seja envolvida num processo de educação permanente e sensibilizada a participar do planejamento em todos os seus processos. A condução desse processo deveria ser a função principal de um profissional, ou um grupo, visto que não é tarefa simples e nem tão pouco irrelevante no âmbito da gestão do SUS.



## 5 CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi possível concluir que o PMS, no município de Criciúma, foi elaborado conforme preconizado na legislação vigente. No entanto, os quesitos “Recursos financeiros”, “Gestão do trabalho e da educação em saúde”, “Ciência, tecnologia, produção e inovação” e “Transparência e participação popular” foram contemplados parcialmente.

O estudo também evidenciou que o RDQA segue convergente ao PMS, permitindo, portanto, o desenvolvimento das ações e alcance dos objetivos propostos.

O tema é de elevada importância, há necessidade de ampliar a reflexão sobre o planejamento e suas etapas aplicados ao gerenciamento do SUS. Além disso, é necessário aprimoramento no uso de método de cores para que possa ser utilizado de forma permanente na etapa de avaliação e monitoramento de metas.

A análise do RDQA do 1º e 2º quadrimestre, inclusive, foi um desafio a este estudo, visto a dificuldade para o levantamento e análise de dados devido ao preenchimento incorreto ou não preenchimento da planilha. Desse modo novos estudos poderão ser direcionados para esta temática, contemplando aspectos não incluídos neste estudo, como por exemplo a identificação das dificuldades da equipe gestora em elaborar os relatórios de gestão, sobretudo o RDQA.

Sugere-se ainda, a partir dos apontamentos deste estudo, a elaboração de um plano de educação permanente para a equipe técnica da secretaria municipal de saúde, que colabore com a reflexão na área de gestão do SUS, resgatando a importância do planejamento para o fortalecimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABRÃO, José Guilherme Shiraishi. **Introdução à Gestão e Financiamento do SUS: O histórico brasileiro e o caso de São Paulo**. Orientadora: Prof. Dra. Mariana Ribeiro Jansen Ferreira. 2023. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Ciências Econômicas, Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em:

<https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/36331/1/Jos%c3%a9%20Guilherme%20Shiraishi%20Abr%c3%a3o%20-%20TCC.pdf>

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde. / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: SESAB, 2009. Disponível em: [http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL\\_PARA\\_ELABORA%C3%87%C3%83O\\_DE\\_PMS.pdf](http://www2.saude.ba.gov.br/arquivos/MANUAL_PARA_ELABORA%C3%87%C3%83O_DE_PMS.pdf). Acessado em: 29 Ago. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. p. 248, ISBN 85-89545-02-4. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde**. 2012. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acessado em: 30 Ago. 2023.

BRASIL. Lei 8080 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**. 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acessado em: 10 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes nacionais da vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 13). ISBN 978-85-334-1706-9. Disponível em: <https://livroaberto.ibict.br/handle/1/901>

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001**. Brasília, DF, 26 de jan. de 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)

BRASIL. Portaria nº 219, de 29 de abril de 2020. **Complementa a Portaria MMA no 412/2019**. Brasília, DF, 29 abr. n. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-219-de-29-de-abril-de-2020-254678627>. Acessado em: 25 Ago. 2023.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde**. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acessado em: 01 de Set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG)**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_anual\\_gestao\\_2022.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2022.pdf). Acessado em: 18 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. ISBN 85-334-0960-5. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol1DiretOperDefesaSUseGestao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUseGestao.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_diretrizes\\_objetivos\\_2013\\_2015\\_2edicao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf). Acesso em: 29 Ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2016b. 138 p., il. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf). Acessado em: 01 Set. 2023.

BORNIA, Antônio Cezar; SAFANELLI, Arcângelo dos Santos; SILVA, Maria Luciana Biondo. **Análise do impacto dos instrumentos de gestão preconizados pelo SUS nos indicadores de saúde: um estudo dos municípios que compõem a região da grande Florianópolis**. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO (EIGEDIN), 1., 2021, Online. Anais [...]. [S. L.]: [S. N.], 2021. v. 5, p. 1-19. Disponível em: <https://desafioonline.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/14322/9562>. Acessado em: 11 Ago. 2023.

CARMO, Allana; SOUZA, Letícia; SANTOS, Ellen; SOUZA, Mariluce; CONCEIÇÃO, Ana Rita. **Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico**. Saúde em Debate, [S.L.], v. 46, n. 135, p. 1249-1258, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202213521>. Acessado em: 10 Ago. 2023.

CARVALHO, André Luís Bonifácio de; CAVALCANTE, Caio Garcia Corria Sá; MIRANDA, Alcides Silva de. **Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 913-920, abr. de 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013>

CASTRO, Iracema Ester do Nascimento; JUNQUEIRA, Virgínia. **As Normas Operacionais e a construção do SUS**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, p. 21-22, dez. de 2002. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38230/36074>

CORTELAZZI, Karine Laura et al. **Plano municipal de saúde: Análise dos municípios do estado de São Paulo no período de 2014 a 2017**. Revista Gestão & Saúde, Brasília, v. 12, n. 03, set - dez de 2021. ISSN: 1982-4785. Disponível em: [Vista do Plano Municipal De Saúde \(unb.br\)](https://www.unb.br/revista/gestao-saude/article/view/120303)

COSTA, Angélica Aparecida Fréu et al. **Saúde na Roda: protagonismo popular na construção do Plano Municipal de Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), São Paulo, p. 36-38, 2018. Disponível em: [Vista do Saúde na roda \(saude.sp.gov.br\)](https://www.saude.sp.gov.br/boletim-do-instituto-de-saude/article/view/38230/36074)

COSTA, Eliani et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-189, 2017. DOI: 10.5216/ree.v11.46918. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46918/23020>

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2022. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2022**. 270 p. 1. Saúde - Gestão - Distrito Federal. 2. Sistema Único de Saúde. I. Título. CDU (2. ed) 614.2(817.4). Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/RAG\\_2022.pdf/3b31312d-88e7-46ac-748d-0fd2a16b97a6?t=1686915903231](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/RAG_2022.pdf/3b31312d-88e7-46ac-748d-0fd2a16b97a6?t=1686915903231). Acessado em: 15 Ago. 2023.

DOBROVOLSKI, Max. **A gestão em saúde do município de Pato Branco – PR pela perspectiva dos instrumentos de gestão (2014 – 2017)**. 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/201896>. Acessado em 25/08/2023.

DERMINDO, M. P.; GUERRA, L. M.; VERNA CASTRO GONDINHO, B. **O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura**. JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 12, p. 1–17, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.972. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/972>. Acesso em:

FADEL, Cristina Berger et al. **Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. Revista De Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, pag. 445–456, março/abril de 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000200008>

FUGINAMI, Cássio Noboro; COLUSSI, Claudia Flemming; ORTIGA, Angela Maria Blatt. **Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017**. Saúde em Debate, [S.L.], v. 44, n. 126, p. 857-870, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012620>. Acessado em: 12 Ago. 2023.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. **Gestão Pública em Saúde: programação anual de saúde e relatório anual de gestão**. São Luís: Edufma, 2016. 35 f. (Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA). Unidade V. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7361/1/GP2U2.pdf>. Acessado em: 11 Ago. 2023.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa Qualitativa Tipos Fundamentais**. Revista de Administração de Empresas São Paulo, v. 35, n.3, p, 20-29 Mai./Jun. 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/>. Acessado em: 02 Set. 2023.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS. 2014. Departamento de Ciências da Administração / UFSC**. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/719454/2/Organiza%c3%a7%c3%a3o%20e%20funcionamento%20do%20SUS.pdf>). Acessado em: 12 Ago. 2023.

LIMA JUNIOR, Eduardo Brandão et al. **Análise Documental Como Percurso Metodológico na Pesquisa Qualitativa, Minas Gerais, 2021**. Cadernos da Fucamp, v.20, n.44, p.36-51/2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/issue/view/145>. Acessado em: 27 Ago. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?lang=pt#>. Acessado em: 01 Set. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (org.). **Programação Anual de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022**. 15 p. Disponível em [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao\\_anual\\_saude\\_2023.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programacao_anual_saude_2023.pdf) Acessado em: 12 Ago. 2023.

MOTTIN, Lucia Maria. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para um município, um estudo no Rio Grande do Sul. 1999**. 168 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5041/lucia\\_maria\\_mottin\\_ensp\\_mes\\_t\\_1999.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5041/lucia_maria_mottin_ensp_mes_t_1999.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acessado em: 15 Ago. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, Salvador, p. 1723–1728, abril de 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PREUSS, Lislei Teresinha. **A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta**. R. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, maio/ago. 2018 ISSN 1982-0259. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>

ROCHA, J. S. Y. **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva (2a Edição)**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2017. v. 1. Cap. 16. ISBN: 9788538807735. Disponível em: <https://sites.usp.br/dms/wp-content/uploads/sites/575/2019/12/2016-MSPSC-Introdu%C3%A7%C3%A3o-ao-Planejamento-sa%C3%BAde-Cap-16.pdf>

SALIBA, Nemre Adas et al. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE GESTÃO**. Biosci. J, Uberlândia, v. 4, n. 2, p. 224-230, 12 fev. 2012. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/15054/11991>. Acessado em: 10 Ago. 2023.

SÃO PAULO, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Manual de Planejamento do SUS Municipal**. Organizado por Julia Alcantara Rossi [et al]. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, 2020. 1 ed. 36p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/manual\\_de\\_planejamento\\_sms.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/manual_de_planejamento_sms.pdf)

SÃO PAULO, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015**. Organizado por José Manoel de Camargo Teixeira [et al]. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2012. 200p. Disponível em: [https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes\\_2012\\_2015.pdf](https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-2012-2015-sessp/pes_2012_2015.pdf). Acessado em: 05 Set. 2023.

SCANTEANA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde**. Saúde e Sociedade, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902001000200005>

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p. ISBN 978-85-232-0707-6. Disponível em: <https://pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Enfoques-teorico-metodologicos-do-planejamento-em-saude.pdf>

TOMASI, Elaine et al. **Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS**. Aps em Revista, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 131-143, 20 set. 2021. Quadrimestral. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/208>. Acessado em: 09 Ago. 2023.

VIEIRA, Rute Nunes. **Investimentos em Ações e Serviços Públicos de Saúde, no estado de Pernambuco, no período entre 2008 a 2022**. Orientador(a): Ana Lúcia Andrade da Silva. 2023. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, Pernambuco, 2023. Disponível em: [https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/52473/1/TCC\\_RUTE\\_2023\\_REVISA\\_DO.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/52473/1/TCC_RUTE_2023_REVISA_DO.pdf)

## APÊNDICE(S)

### APÊNDICE A – CHECKLIST PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

CHECK LIST PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (Baseado na Portaria 2.135/2013)		Cumpre Requisito?	
		Sim	Não
<b>Art. 3º</b>	Contém a identificação período de vigência e esfera administrativa.		
<b>§ 1º</b>	Contemplou todas as áreas de assistência à saúde.		
<b>§ 2º</b>	Observou prazo do PPA.		
<b>§ 3º</b>	I - Análise situacional		
	estrutura do sistema de saúde		
	redes de atenção à saúde		
	condições socio sanitárias		
	fluxos de acesso		
	recursos financeiros		
	gestão do trabalho e da educação na saúde		
	ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão		
	II - Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores		
	III - o processo de monitoramento e avaliação.		
<b>§ 6º</b>	Garantiu a transparência e a participação popular.		
<b>§ 7º</b>	Considerou as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde.		
	Foi submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.		
	Foi disponibilizado em meio eletrônico no SARGSUS.		